

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 36 – 9 september – 43e jaargang

De huisarts die zich nieuw in Middelstum wil vestigen moet eerst leges betalen. Boosdoener is de gemeentelijke overheid, meer bepaald het bestuur van Middelstum. De LHV is onmiddellijk tegen het desbetreffende raadsbesluit in het geweer gekomen. P. S. P. Vanderheyden, beleidsmedewerker bij de gemeente Heerlen, denkt dat het niet zal lukken het bestuur van Middelstum langs de weg van een proefproces in het zand te doen bijten. De LHV is niet zo somber.

Onvrijwillige levensbeëindiging, onder welke vorming ook, moet worden afgewezen. Aldus Prof. Dr. H. J. J. Leenen, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Hij reageert op het rapport van de KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen over levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen.

In het advies 'Samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg' wordt in grote lijnen aangegeven langs welke weg een continu verlopend zorgproces aan de psychiatrische patiënt kan worden aangeboden. B. G. Soons, zenuwarts in het St. Laurentiusziekenhuis te Roermond, stelt een alternatief plan voor, dat kostenbesparend en kwaliteitsverbeterend zou kunnen werken.

Hebben kankerpatiënten extra kosten? Door welke posten worden deze kosten veroorzaakt? Hangt de financiële belasting samen met biografische of medische factoren en kan op grond daarvan een risicogroep worden geïdentificeerd? Met het recent verschenen scenariorapport 'Kanker in Nederland' als handvat gaat een vijftal onderzoekers nader op die vragen in.

Aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt een onderzoek uitgevoerd naar de hulp die huisartsen bieden aan kankerpatiënten. In zeven artikelen wordt verslag gedaan van de bevindingen. Het eerste artikel in deze reeks, die op zich weer deel uitmaakt van een serie 'Terminale zorg', gaat over voorlichting aan de patiënt, inclusief het slecht-nieuwsgesprek.

INHOUD

Moeten huisartsen leges gaan betalen voor een vestigingsvergunning?

P. S. P. Vanderheyden – 1047

Levensbeëindiging bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Van neonatologie naar neothanatologie?

Prof. Dr. H. J. J. Leenen – 1050

Kan de psychiatrische patiënt in de toekomst nog als patiënt worden behandeld?

B. G. Soons – 1053

De financiële gevolgen van kanker en kankerbehandeling voor patiënten

J. de Haes c.s. – 1055

Terminale zorg. Huisarts en kanker. 1: De voorlichting

*M. C. J. Cuisinier, M. H. van Venrooijen
J. Th. M. van Eijk – 1059*

Arts en recht. Specialist medeverantwoordelijk voor gang van zaken op afdeling. Drie uitspraken van het Centraal Medisch Tuchtcollege – 1063

Colofon 1042 – Colofon officieel 1042 – Hoofdredactioneel commentaar 1043 – Voorzitterskolom LVSG 1044 – Brieven 1045 – Agenda 1046 – Boeken 1057 – Patiëntenperikel 1062 – Buitenland 1069 – Uit de Verenigingen 1073

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke Küpperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
R. Bekendam
Dr. J. L. A. Boelen

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur
Mw. C. M. Schouten, secretaresse
De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—
Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Nelson, gewond in de slag bij Aboukir 1798, wordt verbonden in de ziekenboeg van de Vanguard. Hij zou geroepen hebben 'Ik ga dood! Groet mijn vrouw'.
National Maritime Museum, London.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201.

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviseerende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot (W. van Hof), secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mij en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffr  , directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

Terminale zorg – een serie

Als er één terrein is waar we althans in de curatieve sector als artsen allemaal mee te maken hebben, is dat wel de terminale zorg. Dit blijkt ook uit het in 1986 verschenen rapport van de KNMG-commissie 'Gezondheidszorg bij Beperkte Middelen', waarin als globale doelstelling de omschrijving van McKeown is gebruikt¹: 'To assist us to come safely into the world and comfortably out of it, and during life to protect the well and care for the sick and disabled'. In deze visie bestaat één van de vier hoofdtaken van de arts eruit de patiënt te helpen de aarde zonder onnodig lijden te verlaten. Dit kan een arts realiseren door hulp te bieden bij de voorbereiding op ouderdom en dood, door zieken en invalide bejaarden te ondersteunen en door ten aanzien van sterven en hun naasten te voorzien in de noodzakelijke hulp en vertroosting².

Expliciet is hiermee aangegeven dat de kwaliteit van resterend leven tot het taakgebied van ons artsen behoort. Van alle artsen die beroepshalve te maken hebben met mensen die het levenseinde onder ogen moeten zien, mag worden verwacht dat zij om deze taak te kunnen vervullen zich een gedegen kennis eigen maken van de diagnostiek en bestrijding van pijn, andere lichamelijke ongemakken, angst en depressie, en aandacht voor begeleiding, voorlichting en alle andere middelen waarmee onnodig lijden kan worden voorkomen. Artsen zullen zich hiervoor heel andere kwaliteiten moeten verwerven dan die welke nodig zijn om hun vakgebied te beheersen.

Het is absoluut een vergissing te menen dat er dokters zijn die moeten praten en anderen die moeten doen. Het behoort bijvoorbeeld tot de taak van de chirurg die een patiënt heeft geopereerd en daarbij een kwaadaardige afwijking heeft gevonden, de patiënt adequaat voor te lichten, zijn vragen behoorlijk te beantwoorden en oog te hebben voor zijn problemen met de kwaadaardigheid van zijn ziekte. Dat is niet iets wat we aan psychologen of pastores behoren over te laten: het is onze beroepseigen taak. In deze taak zijn we echter nauwelijks geschoold.

Als er één gebied is waarop de KNMG als overkoepelende organisatie van artsen kan aantonen dat haar streven naar kwaliteitsbevordering serieus moet worden genomen, is het wel de terminale zorg. Vrijwel alle andere terreinen van de geneeskunde behoren slechts tot het domein van enkele subdisciplines. Ten aan-

zien van deze gebieden zijn het vooral de wetenschappelijke verenigingen die zich bezighouden met protocollering en andere kwaliteitbevorderende activiteiten; een inhoudelijke bijdrage lijkt hier voor de KNMG nauwelijks weggelegd. Op het gebied van de terminale zorg zou de KNMG, voor sommige aspecten zoals de pijnbestrijding gesteund door de wetenschappelijke verenigingen, echter wel een inhoudelijke rol kunnen spelen.

Het is in dit verband jammer dat de aandacht van de KNMG voor de terminale zorg zich de laatste jaren noodzakelijkerwijs moest beperken tot één punt, de euthanasie, en dan nog meestal tot de ethische en juridische aspecten hiervan. Hoewel dit in alle rapportages niet zo expliciet naar voren is gekomen, is het standpunt dat het hoofdbestuur over euthanasie heeft ingenomen echter juist bepaald door de wil bij te dragen tot een

Dr. C. Spreeuwenberg

kwalitatief goede stervenshulp, waarin de patiënten met hun arts open kunnen communiceren over de zaken die hen bezighouden. Als patiënt en arts binnen het kader van deze hulp tot de conclusie komen dat er voor de actieve levensbeëindiging geen alternatief voorhanden is, en alle andere mogelijkheden dus serieus zijn onderzocht, dan dienen beslissingsproces en uitvoering ook professioneel verantwoord te geschieden, met consultatie vooraf en een reële verantwoording achteraf. Het gevoelen bestaat dat er bij een adequate stervenshulp wellicht meer vragen over en om levensbeëindiging zullen worden gesteld, maar dat levensbeëindiging dan in een groot aantal gevallen ook niet nodig zal blijken te zijn.

De wil zich met meer bezig te houden dan alleen de wetstechnische aspecten van euthanasie en vooral ook tot uitdrukking te brengen dat de problematiek van de levensbeëindiging niet uit de gehele stervenshulp kan worden gelicht, kwam duidelijk naar voren in de besprekingen van de commissie die vorig jaar het hoofdbestuur van de KNMG adviseerde over de reactie van de KNMG op de kabinetsvoorstellen inzake euthanasie. De commissieleden meenden, dat de KNMG

richtlijnen zou moeten geven voor de hulp aan stervenden en aan degenen die vragen om levensbeëindiging. Geopperd werd, het hoofdbestuur te verzoeken de opdracht van de commissie te verbreden tot het doen van aanbevelingen over een goede kwaliteit van de terminale zorg.

Terwijl dit werd overwogen, werd onze redactie door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) een aantal artikelen aangeboden over de huisartsenzorg voor kankerpatiënten. Nu heeft zorg voor kankerpatiënten natuurlijk niet te worden gelijkgesteld aan terminale zorg. Wel komen bij de zorg aan ongeneeslijke kankerpatiënten alle aspecten aan de orde die ook bij andere patiënten met een ongeneeslijke ziekte spelen, wat maakt dat een goede zorg voor kankerpatiënten heel goed model kan staan voor de terminale zorg. Zo zijn er duidelijk aanwijzingen, dat wij alleen dan een goede terminale zorg kunnen geven als wij ook in de voorafgaande periode van het vaststellen van de ziekte, het instellen van de therapie en onzekerheid over de afloop, zorgvuldig en zorgzaam zijn geweest.

De strekking van de artikelen uit het NUHI oversteeg die van het terrein van de huisartsgeneeskunde alleen. In samenwerking met het Nijmeegse instituut kon de serie uit het eigen onderzoekmateriaal worden gecompleteerd met onderwerpen als de vraag om euthanasie en, door anderen uit te nodigen een bijdrage te leveren, met aanvullingen uit de wereld van het verpleeghuis en de specialistische geneeskunde.

Door deze gelukkige samenloop achtte de commissie het niet meer noodzakelijk zich zelf over richtlijnen voor een goede stervenshulp te buigen. Wel is afgesproken, na afloop de stellingen en conclusies uit de artikelen ter discussie te stellen en zo het proces in werking te stellen dat tot kwaliteitsbevordering moet leiden. Het is duidelijk de bedoeling met de 'Nijmeegse' artikelen een discussie uit te lokken. Een discussie waartoe een ieder zich van harte uitgenodigd wete. □

1. McKeown Th. The role of medicine. Oxford: Blackwell, 1979.

2. KNMG-commissie 'Gezondheidszorg bij Beperkte Middelen'. Gezondheidszorg bij beperkte middelen. Medisch Contact 1986; 41: 357-73.

LVSG-voorzitter Mw.Dr. C. Hermann:

Herziening uitvoeringsorganisatie sociale verzekeringen nieuwe wijn in oude zakken?

Een decentrale uitvoering van de sociale verzekeringswetten, alsmede een continue gevalsbehandeling door één verzekeringsgeneeskundige van de cliënt die het gehele traject moet doorlopen van Ziektewet en Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, werd bepleit in een rapport van februari 1987 van de Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskundigen over de sociaal-medische functie van de verzekeringsgeneeskundige in het sociale verzekeringsstelsel. Het Centraal Bestuur van de LVSG heeft dit rapport destijds omarmd, omdat het met het belang van de arbeidsongeschikte als uitgangspunt ideeën weergaf over de mogelijkheden tot optimale gevalsbehandeling. Het rapport ging niet nader in op de organisatorische consequenties van de genoemde ideeën; daarover waren de laatste jaren in brede kring discussies gaande.

Staatssecretaris De Graaf van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft onlangs een discussienota over de uitvoeringsorganisatie van de sociale verzekeringen, althans de werknemersverzekeringen, aan de Tweede Kamer aangeboden. Hij heeft daarin als uitgangspunt voor zijn ideeën aangegeven, dat 'een doelmatige en efficiënte bedrijfsvoering, versterking van de bestuurlijke structuur en een betere dienstverlening aan cliënten voorop moeten staan bij de nieuwe opzet van de uitvoeringsorganisatie van de sociale verzekeringen'. Deze plannen van de staatssecretaris hebben duidelijk consequenties voor de ontwikkeling en uitvoering van de sociaal-medische functie in het kader van de ZW/AAW/WAO/WAGW: de beoordeling, begeleiding en reïntegratie van werknemers of zelfstandigen die ten gevolge van ziekte tijdelijk of blijvend niet in staat zijn hun werk te verrichten.

Op dit moment vindt de uitvoering van onder andere de Ziektewet (ZW), de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) plaats door 23 bedrijfsverenigingen. De Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) wordt verplicht ingeschakeld bij beoordelingen in het kader van de AAW/WAO/WAGW, zowel met betrekking tot uitkeringen als met betrekking tot voorzieningen. Voor de sociaal-medische functie in het kader van de ZW/AAW/WAO heeft deze constructie tot gevolg dat de cliënt de eerste maanden tot het eerste jaar in het kader van de ZW wordt

begeleid door een arts van de bedrijfsvereniging of van het GAK; daarna wordt de sociaal-medische functie ingevuld door een team van de GMD.

In de discussienota van de staatssecretaris wordt een aantal fundamentele veranderingen voorgesteld. Allereerst gaat de staatssecretaris ervan uit dat het aantal bedrijfsverenigingen sterk zal worden teruggebracht. Hij denkt hierbij aan vijf tot zes grote bedrijfsverenigingen, elk met een eigen administratie. Daarnaast wil hij dat de GMD in de toekomst wordt opgeheven. De in de huidige praktijk uitgebreid ontwikkelde onderzoek- en instrumentontwikkelingsfunctie van de GMD zal worden ondergebracht in een nieuw op te richten Gemeenschappelijk Bestuursorgaan (GBO). De directe gevalsbehandeling in het kader van de AAW/WAO zal worden overgedragen aan de medische diensten van de bedrijfsverenigingen. Hierdoor wordt er een einde gemaakt aan de door de beroepsbeoefenaren zo ongewenst geachte cesuur in de gevalsbehandeling. Voortaan kan de sociaal-medische functie door één arts worden ingevuld.

Deze voorgenomen revolutionaire verandering in de sociaal-medische begeleiding moet als zeer positief worden gezien. Op een aantal punten echter zijn bij de voorgestelde organisatievorm vraagtekens te zetten. De vraag kan hier worden gesteld of de genoemde uitgangspunten: 'een doelmatige en efficiënte bedrijfsvoering, versterking van de bestuurlijke structuur en een betere dienstverlening aan cliënten', inderdaad van doorslaggevend betekenis zijn geweest bij de opzet van een nieuwe organisatiestructuur. Is het niet eerder zo dat er weer te veel water in de wijn is gedaan? Op een enkel punt zal ik hieronder nader ingaan.

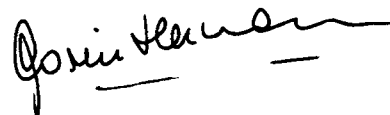
De sociaal-medische functie is zich de laatste jaren meer gaan richten op het behoud, het bevorderen en het herstellen van de arbeidsgeschiktheid, en niet alleen op de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Dit impliceert dat er een sterke binding moet bestaan tussen de medische teams en de bedrijven. Alleen dan ontstaat het vertrouwen om preventieve maatregelen bij de directies van de bedrijven ingevoerd te krijgen en kunnen snel oplossingen worden gezocht teneinde werknemers met een tijdelijke of blijvende handicap weer in hun bedrijf te laten inpassen. Een goede bedrijfsgerichte organisatievorm is bij

zes landelijke medische diensten om bedrijfskundige redenen minder gemakkelijk in te voeren dan bij één landelijke dienst. Een ernstig probleem zal ontstaan als de zieke werknemer niet in het eigen bedrijf kan worden ingepast; dan zal moeten worden gezocht naar functies buiten het eigen bedrijf (in de praktijk ook meestal buiten de eigen bedrijfstak), welke door de bedrijfstakgebonden organisatievorm wordt bemoeilijkt.

Een ander punt is dat van de onderzoekfunctie. De sociaal-medische functie is nog in ontwikkeling. Veel onderzoek naar variabelen van verzuim en adequate verzuimbepervende maatregelen zijn nog noodzakelijk. Door de handhaving van zes bedrijfsverenigingen is de uniforme registratie van voor het onderzoek relevante gegevens moeilijker dan bij één medische dienst. Ook zal uniformiteit in de sociaal-medische functie niet worden bevorderd door handhaving van zelfstandig naast elkaar opererende bedrijfsverenigingen. Verschillen in ontwikkeling in de sociaal-medische functie zullen, net als nu, blijven voortbestaan. Werknemers in verschillende bedrijfstakken zullen een verschillende behandeling ondergaan.

Een apart probleem, tot nu toe in de officiële stukken niet behandeld, vormt de invoering van een reorganisatie. De medische diensten van de bedrijfsverenigingen en de GMD hebben elk op hun eigen terrein een know-how opgebouwd die niet zonder meer overplaatsbaar is. Investeren in bijscholing van de betrokken beroepsbeoefenaar zal noodzakelijk zijn, als beide functies worden samengevoegd.

Een column als deze leent zich niet voor uitvoerige analyses. De plannen van de staatssecretaris vormen een goede voedingsbodem voor de zo positief te achten ééngevalsbehandeling. Over de organisatorische condities voor de totale sociaal-medische functie, die meer is dan alleen het beoordelen van de rechtmatigheid van ziekteverzuim, zal echter nog zeer zorgvuldig moeten worden nagedacht.



Mw.Dr. C. Hermann,
voorzitter LVSG

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.

BEROEPSOPLEIDING (1)

De voornaamste reden om voor de selectie voor de huisartsopleiding over te gaan van wachtlijst op loting is volgens onze voorzitter (zie MC nr. 29-30/1988, blz. 868) de lange wachttijd – tot tien jaar – die ligt tussen het behalen van het artsdiploma en het begin van de opleiding. Mijns inziens kan de tijd bij 'vrije' loting nog langer worden (tot de 63-jarige leeftijd?), terwijl ook de niveaunderschillen kunnen toenemen.

Hengelo, augustus 1988
K. M. de Vos

BEROEPSOPLEIDING (2)

Even lachen

De heer W. H. Cense stelt, in Medisch Contact nr. 29-30/1988, blz. 868, dat de nieuwe regeling rond de toelating tot de huisartsopleiding kwaliteitsbevorderend werkt. Het visitekaartje van de KNMG, namelijk de zorg voor de beroepsopleidingen, zou op deze wijze in optimale staat worden gehouden. Toen ik dat las moest ik even lachen.

Loting voor de huisartsopleiding is ingevoerd met als argument, dat lang op een wachtlijst staan kwalitatief mindere artsen oplevert. Het ontgaat de schrijver, dat vooral onzekerheid rond loting een goede voorbereiding op de vervolgopleiding belemmert. Er bestaat op deze wijze een onmogelijkheid gedurende een vaststaand aantal jaren de nodige vak kennis evenwichtig op te bouwen. Toekomstplanning wordt tot wachten op 'de uitkomst van het rad van avontuur'. Dit doet een aantal goed gemotiveerde artsen besluiten hun heil ergens anders te zoeken.

Loting kan bovendien eveneens een lange wachttijd betekenen. Na vier jaar te zijn uitgeloot voor de basisopleiding en dit jaar voor de huisartsopleiding, kan ik spreken van enige ervaring wat dat betreft.

Bij beoordeling van de beroepsopleiding komen ook de specialistenopleidingen aan de orde. Denkend aan de toelating hiertoe, valt mij allereerst de volslagen willekeur en het belang van het hebben van zogenaamde contracten op. Het ontbreken van een centrale registratie en plaatsing (CRP) voor alle vervolgopleidingen is daar debet aan. Naast het onevenwichtig reduceren van de opleidingscapaciteit voor specialisten heeft dit geleid tot een stuwmeer van basisartsen wachtend op de huisartsopleiding. De KNMG weigert om onduidelijke redenen binnen afzienbare termijn een CRP in te voeren. Ondertussen wast zij,



als de gerezen problemen ter sprake komen, haar handen in onschuld.
U begrijpt: als de heer Cense in deze situatie spreekt over visitekaartjes is dit ronduit lachwekkend.

Amsterdam, augustus 1988
W. van Dijk, basisarts

Naschrift

Hoewel de kritiek van collega Van Dijk, zeker gelet op zijn ervaringen in het verleden, alleszins begrijpelijk is, acht ik haar niet terecht. Ik heb trachten duidelijk te maken, dat het verder oplopen van de wachttijden als gevolg van een halvering van de opleidingscapaciteit, het nemen van maatregelen noodzakelijk maakt, hoe pijnlijk of impopulair ook. Tevens heb ik aangegeven, dat er geen verschil van mening bestaat over het feit dat loting een onbevredigende selectie-methodiek is. Echter, gegeven de aantallen waar het om gaat, is loten, gevolgd door een negatieve selectie, waarbij de minst geschikten afvallen, de enig uitvoerbare oplossing, zolang er geen aanvaardbaar systeem van positieve selectie is ontwikkeld. Aan dit laatste wordt, ook in internationaal verband, al jaren hard gewerkt. Het is overigens om dezelfde reden, dat ook voor de toelating tot de medische opleiding al jaren het lotingssysteem wordt gehanteerd. De opmerking: 'De KNMG weigert om onduidelijke redenen binnen afzienbare termijn een CRP in te voeren', is evenzeer onjuist. Een dergelijk systeem heeft alleen kans van slagen als het door de overheid wordt opgelegd, of – veel beter nog – op vrijwillige basis door alle betrokkenen wordt nageleefd. Dit laatste vereist echter dat zowel opleiders als op te leiden artsen bereid zijn hieraan con amore mee te werken. Dit nu blijkt geen van beide partijen te kunnen opbrengen. De eerlijkheid gebiedt hierbij te vermelden, dat een CRP evenmin het selectiedilemma oplost. Ook de overheid is zich hiervan bewust geworden, getuige de laatste 'Nota Beroepskrachtenplanning'.

Utrecht, augustus 1988
W. H. Cense, voorzitter KNMG

MENSWAARDIG

Ik werd kriebelig bij het lezen van de in MC nr. 26/1988, blz. 820, afgedrukte toespraak van

collega Stevens. Dat is echt uit de tijd van het Rijke Roomse Leven. Ook ik ben op die golven meegedreven en heb dat zelfs in daden omgezet (vijf jaar ononderbroken missiewerk voor zakgeld, kost en inwoning). Ik heb er voor geen dag spijt van en denk met voldoening terug aan die periode van hard werken. Maar als het niet lukt duidelijk te maken wat de waardigheid van een mens is, dan moet dat niet verbloemd worden door prachtige volzinnen. Bijvoorbeeld: 'De diepste waardigheid van de mens bestaat in het eigene en onherhaalbare van de persoon, van iedere persoon, van ieder 'ik'. Dat is recht toe recht aan een geloofsbelijdenis: daar heb ik respect voor. Even verderop is menswaardigheid ineens 'de wijze waarop iemand leeft en sterft', en dan moet worden toegegeven: 'Wie zal uitmaken wat nog menswaardig is?' Zo'n geloofsbelijdenis in het gesproken woord zal best goed klinken, maar in het geschreven woord zoek ik graag naar hechte fundamenten en die vind ik niet.

Is er geen filosoof die die toespraak neutraal kritisch van commentaar kan voorzien?

Rotterdam, augustus 1988
H. Th. P. Cremers

HUISARTSEN OVERCONSUMPTIE

In 'Huisarts en roken' (MC nr. 31-32/1988, blz. 915) stellen de schrijvers de vraag of de huisarts ook een taak heeft bij het bevorderen van de gezondheid. De lezer kan daar ja op zeggen, hoewel het succes van de actie van de schrijvers om roken te ontmoedigen na zes maanden slechts 5% is op alle geregistreerde sigarettenoverconsumenten in de praktijkpopulatie.

Om van verslaving te kunnen spreken wordt de grens van het aantal sigaretten per dag op 15 gelegd. Mijns inziens begint overconsumptie al boven een aantal van zeven sigaretten per dag.

Het zal zeker de moeite waard zijn de overconsumptie van sigaretten terug te dringen, maar de resultaten die deze schrijvers hebben zijn te gering om effect op lange termijn te kunnen verwachten.

Het gaat overigens niet alleen om preventieve effecten op het gebied van roken. Verhoudingsgewijs grotere morbiditeit treedt op door overconsumptie van voedings- en genotmiddelen (andere dan sigaretten).

De huisarts komt op zijn spreekuur niet elke week patiënten tegen met desastreuze gevolgen van sigarettenoverconsumptie, maar wel met ziekten en afwijkingen ten gevolge van andere vormen van overconsumptie. Er is al-

tijd in een week wel een patiënt met diabetes II; kortademigheid, pulmonaal of cardiaal; oedeem; gewrichtsklachten van de onderste extremiteiten; lage rugpijn; of voetklachten waar een relatie aanwezig is met het meeslepen van twintig of meer procenten overgewicht. Gevolgen van alcoholoverconsumptie zijn een regelmatig weekendfenomeen, vooral gekoppeld met verkeersdeelname.

Het kan zijn dat de huisarts zich een taak toebedeelt bij de preventie van overconsumptie. Als hij echter niet wordt gesteund door een maatschappelijke omwenteling op het gebied van de bestrijding van overconsumptie, geleid door vooraanstaande instituten op het gebied van publieksbeïnvloeding, zal zijn frustratie mateloos blijven.

Laren (Gld.) augustus 1988
Dr. S. Rijpma

TOXOPLASMOSE

Naar aanleiding van de mededeling van de zijde van de Geneeskundige Hoofdingspectie door collega Dr. H. P. Verbrugge in MCnr. 20/1988, blz. 614, getiteld: 'Preventie aangeboren toxoplasmosis-infectie' wil ik u opmerkzaam maken op een recent verschenen artikel¹. In dit artikel worden de resultaten vermeld van het Collaborative Perinatal Project betreffende de analyse van 22.845 zwangerschappen. Antistoffen tegen toxoplasmosis werden gerelateerd aan meer dan 900 waarnemingen bij ieder moeder-kindpaar, met een follow-up van zeven jaar. Op basis van de aantallen serocon-

versies, te weten 14, komen schrijvers tot een aantal toxoplasmosis-infecties van 1.1. per 1.000 zwangeren. Dit is ongeveer driemaal lager dan in de recente studie in Nederland, waarover melding wordt gemaakt door collega Verbrugge en die circa 28.000 zwangerschappen betreft.

De volgende associaties worden beschreven na bewerking van alle data van dit Collaborative Perinatal Project:

1. De associatie tussen moederlijke antistoffen tegen toxoplasmosis en twee bevindingen in de zwangerschap: trombolebitis en astma.
2. Twee bevindingen bij de pasgeborene, te weten anomalie van het diafragma en specifieke hartafwijkingen, onder meer hartblok.
3. Eén bevinding op de leeftijd van 1 jaar, te weten ontsteking van de lever.
4. Acht bevindingen op de leeftijd van 7 jaar, te weten: bilaterale doofheid, microcefalie, coördinatieproblemen, rechts- en linkshandigheid, neurologische 'soft signs', gezichtsstoornissen, abnormale oogbewegingen en laag IQ (<70).

De meest significante bevindingen waren: een hoge antistoftiter bij de moeder en bilaterale doofheid, microcefalie en laag IQ (<70) op de leeftijd van 7 jaar (verdubbeling van de kans op doofheid, 60% toename van microcefalie en 30% toename van laag IQ).

In onze kleine serie van 12 geïnfecteerde en 10 dubieus geïnfecteerde kinderen stonden bij follow-up de oogafwijkingen op de voorgrond². Eén kind ontwikkelde een paroxysmale tachycardie: een verband met de congenitale toxoplasmosis werd verondersteld en wordt nu door deze studie gesteund. Doofheid werd niet door ons in ernstige mate aangetroffen.

In het licht van de resultaten van het Collaborative Perinatal Project bevelen schrijvers een reëvaluatie aan van de huidige zorg van vrouwen met toxoplasmosis-antistoffen in de zwangerschap. Ook R. McCabe en J. Remington wijzen op de noodzaak van prospectieve studies en een bevolkingsonderzoek in de Verenigde Staten in hun 'editorial': 'Toxoplasmosis, the time has come', met tot doel zowel preventie als prenatale diagnose en behandeling van toxoplasmosis-infecties³.

Een bredere evaluatie, zoals door Sever c.s. gedaan, zou ook moeten gebeuren met de data verkregen in de studie in Zuid-Holland. Dit vereist dan wel een zevenjarige follow-up. Het lijkt logisch dat in de Zuidhollandse studie driemaal meer afwijkingen zullen worden gevonden dan Sever c.s. in de Verenigde Staten hebben gevonden, gezien de driemaal hogere frequentie van toxoplasmosis-infecties gedurende de zwangerschap in Nederland.

Amsterdam, augustus 1988
Prof. Dr. Janna G. Koppe,
afdeling Neonatologie
Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam

Literatuur

1. Sever JL, Ellenberg JH, Ley AC et al. Toxoplasmosis: Maternal and Pediatrics Findings in 23.000 Pregnancies. Pediatrics 1988; 82: 181-92.
2. Koppe JG, Loewer-Sieger DH, de Roeve-Bonnet H. Results of 20-year follow-up of congenital toxoplasmosis. Lancet 1986; i: 254-5.
3. McCabe R, Remington JS. Toxoplasmosis: the time has come. N Engl J Med 1988; 318: 313-5.

22 september - Reehorst te Ede: 'Doof-Blindheid', symposium. Inlichtingen: Stichting Doof-Blinden, tel. 030-340506 en Stichting cursusburo ovdb, tel. 03433-1753.

23 september - Rijksuniversiteit Leiden: 'Animal models in neuro-degenerative diseases of the central nervous system', Boerhaave cursus. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie voor PAOG, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275290.

25-29 september - Wenen, Oostenrijk: World Medical Assembly. Inlichtingen: The World Medical Association, Inc., 28, Avenue des Alpes, 01210 Ferney-Voltaire, France, tel. (50) 407575.

27 september - Pieterskerk te Utrecht: 'De vierde dinsdag in september', herfst voor de zorgverlening?', themamiddag over de gezondheidszorg en de Miljoenennota 1989. Inlichtingen: Bureau PAOG Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-331123, tst. 134.

29 september-30 november - Slotervaart-ziekenhuis te Amsterdam: 'Capita Selecta in de Geriatrie', cursus van de Vereniging Ge-



rontologisch Instituut Amsterdam. Inlichtingen: Secretariaat Vereniging Gerontologisch Instituut Amsterdam, p/a Stichting Verpleeghuizen Amsterdam, Plein 40-45 nr. 10¹, 1063 KR Amsterdam, tel. 020-115109.

29 en 30 september - Leeuwenhorst Congrescentrum te Noordwijkerhout: 'Spastische en slappe verlamming van hand en voet; oorzaak, gevolg en behandeling', Boerhaave cursus. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie voor Postacademisch onderwijs in de Geneeskunde, Mw. D. Hage, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275293.

29 september - Landgoed 'Ekenstein' te Apingedam: 'Climacterium en postmenopauze; de overgang en daarna . . .', symposium. Inlichtingen: Dr. A. van Zanten, vrouwenarts, tel. 05960-44444.

30 september - Herberg 'Erve Kots' te Lielde: 'Psychogeriatrische patiënt', symposium ter gelegenheid van de heropening van het

verzorgingshuis 'St. Antoniushoeve' in Lichtenvoorde. Inlichtingen: Stichting Innovatie Eerste- en Tweedelijnszorg Oost-Achterhoek, Dijkstraat 2, 7131 DN Lichtenvoorde, tel. 05443-76025.

30 september - Congrescentrum Engels te Rotterdam: 'Seksualiteit en hulpverlening', symposium. Inlichtingen: landelijk bureau van de Rutgers Stichting, Groot Hertoginnelaan 201, 2517 ES 's-Gravenhage, tel. 070-454600.

30 september - Psychiatrisch centrum Bloemendaal te 's-Gravenhage: 'Acute psychiatrie in de randstad', symposium. Inlichtingen: A. Wunderink, Psychiatrisch centrum Bloemendaal, Postbus 53002, 2505 AA 's-Gravenhage, tel. 070-910101.

30 september - Museum Boymans-Van Beuningen te Rotterdam: 'Immunologie', cursus. Inlichtingen: Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Mw. M. Wenckebach, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087880.

Moeten huisarts leges gaan betalen voor een vestigingsvergunning?

PRIMEUR

De ene aanslag op de portemonnaie van de zich vestigende huisarts behoort nog niet tot het verleden of de LHV stroopt de mouwen alweer op voor een nieuw probleem. Boosdoener is de overheid; dit keer niet direct de rijksoverheid, maar de gemeentelijke, meer bepaald het bestuur van Middelstum. De raad van deze 2.900 zielen tellende gemeente besloot op 10 mei jl. de bestaande legesverordening zodanig aan te passen dat de huisarts aan wie vergunning tot vestiging wordt verleend eenmalig in de beurs moet tasten voor een bijdrage in de gemeentekas. De prijs: tweeëneenhalfduizend gulden, 'zijnde het aan de gemeente in rekening gebrachte bedrag van advertentiekosten en andere bijkomende kosten', aldus de nieuwe verordening (zie *kader*). Voor een reeds gevestigde huisarts die binnen de gemeente verhuist behoeven genoemde kosten uiteraard niet allemaal te worden gemaakt; deze categorie artsen betaalt dan ook slechts f 150,— aan 'gemeentelijke goodwill'. De belangenorganisatie van de beroepsgroep was er als de kippen bij toen de Noordgroningse gemeente, wellicht zonder het zelf te beseffen, deze Nederlandse belastingprimeur had, voor de precedentwerking waarvan de LHV niet zonder reden bevreesd is. De vereniging vat de zaak tamelijk hoog op, blijkens de reactie van haar bestuurslid Salemink in de Volkskrant van 27 juli jl. Ze heeft dan ook een advocaat in de arm genomen om het raadsbesluit of een daarop gebaseerde concrete heffing juridisch aan te vechten.

Verderop zal ik een antwoord proberen te geven op de vraag of hiervoor enige kans op succes is. Voor een beter begrip van de problematiek wil ik echter eerst ingaan op het fenomeen 'leges' en de LHV-bezwaren tegen de onderhavige verordening.

JURIDISCHE GRONDSLAG

De Gemeentewet voorziet in de mogelijkheid van belastingheffing door het gemeentebestuur. Uit de artikelen 272, 277 en 278 van deze wet blijkt, dat een gemeente leges *kan* heffen voor bewezen administratieve diensten. Weliswaar re-

P. S. P. Vanderheyden

Middelstum heeft de primeur: de huisarts die zich daar nieuw wil vestigen moet eerst leges betalen. De LHV is onmiddellijk tegen het desbetreffende raadsbesluit in het geweer gekomen. Maar wat kan ze doen? P. S. P. Vanderheyden is beleidsmedewerker bij de gemeente Heerlen; hij bereidt een proefschrift over overheidsbemoeienis met de vestiging van huisartsen voor. Zijns inziens lukt het niet, het bestuur van de gemeente Middelstum langs de weg van een proefproces in het zand te doen bijten. De LHV is niet zo somber.

kent de Gemeentewet de leges – één van de publiekrechtelijke tarieven, naast retributies en precario rechten – tot de belastingen, leges *zijn* echter geen belastingen. Belastingen in eigenlijke zin kenmerken zich door het ontbreken van een direct aanwijsbare tegenprestatie. Bij leges daarentegen is veeleer sprake van een 'voor wat hoort wat'-benadering. De gemeente verricht administratieve handelingen en diensten, waar een financiële contraprestatie van de burger tegenover staat. De gemeentelijke prestatie kan bestaan in het afgeven van een paspoort of rijbewijs, het verrichten van onderzoek in het kader van een bouwvergunningaanvraag, het verstrekken van inlichtingen uit het bevolkingsregister alsook het verlenen van vergunningen: kampeervergunningen, logementsvergunningen, Hinderwet- en jachtvergunningen, en dan nu dus ook . . . vestigingsvergunningen voor huisartsen.

Het op de voet van artikel 269 van de Gemeentewet genomen Middelstumse raadsbesluit behoeft de goedkeuring van de Kroon (preventief toezicht ex art. 271 gmw). Die goedkeuring werd verkregen door het Koninklijk Besluit van 28 juni 1988, no. 6. In sommige wetten wordt de mogelijkheid van legesheffing uitdrukkelijk uitgesloten, maar aangezien daarvan noch in de Wet Voorzienin-

gen Gezondheidszorg noch in het Vestigingsbesluit sprake is, lag een dergelijke goedkeuring, mede gelet op de hoogte van de bedragen, min of meer voor de hand. Overigens brengt de aard van het koninklijk goedkeuringsrecht mee dat de tenuitvoerlegging van de verordening niet kan plaatshebben alvorens de goedkeuring is verkregen (HR 27 mei 1925, W11361). In casu betekent dit dat de legesverordening niet op 15 mei 1988 – de door de raad vastgestelde datum – maar pas op 28 juni in werking is getreden.

HOOFDELIJK OMSLAAN?

Het LHV-bestuurslid merkte op, naar eigen zeggen correct in de Volkskrant geciteerd: 'Het gemeentebestuur van Middelstum verzint een soort sollicitatieprocedure waarin de wet volgens ons niet eens voorziet en wentelt de kosten vervolgens grotendeels af op de kandidaat die de vergunning krijgt. Als het verhalen van die kosten al redelijk zou zijn, zou het bedrag op zijn minst hoofdelijk omgeslagen moeten worden over alle kandidaten die voor de vestigingsmogelijkheid opteeden.' Ik wil daar het volgende tegen inbrengen:

In de eerste plaats vermeldt de Memorie van Toelichting (MvT) ten aanzien van de procedure rond de vergunningverlening (artikel 8 Vestigingsbesluit): 'De gemeente is vrij in het nader vormgeven aan deze procedure, waarbij accenten kunnen worden gelegd en verschoven, al naar gelang de ter plaatse levende behoeften en wensen.' Degenen die desondanks van oordeel zijn dat een gemeente geen sollicitatieprocedure mag hanteren zijn sinds 18 februari een illusie armer. Toen werd die procedure immers door de voorzitter van de afdeling Rechtspraak van de Raad van State expliciet gesanc-tioneerd, toen hij beschikte dat 'het naar Ons oordeel mogelijk (dient) te zijn om ter realisering van een bepaalde beleidslijn een profielschets op te stellen aan de hand waarvan een keuze uit meerdere kandidaten kan worden gemaakt'¹. Gemeenten die consciëntieus invulling willen geven aan de hun toebedeelde wettelijke taak zullen veelal de voor de hand liggende sollicitatieprocedure verkiezen om te komen tot een kandidaat die past in het door B&W gewenste profiel². Dit

brengt ontegenzegglijk aanmerkelijke (meer)kosten mee.

In de tweede plaats kunnen deze kosten, zoals hiervoor duidelijk is geworden, wel degelijk worden verhaald op de arts die uiteindelijk de vergunning krijgt. Dat daarbij ook de kosten worden meegerekend die werden gemaakt voor andere kandidaten, acht ik daarbij niet onredelijk. Die kosten moest men immers maken om – ten gerieve van de ene overblijvende huisarts – burgemeester en wethouders tot de conclusie te brengen dat (*in casu*) 66 andere kandidaten niet of minder geschikt zijn. Strikt genomen is dus het belang van de vergunningverkrijgende huisarts gediend met het 'wegselecteren' van de collega artsen.

Gevoelsmatig acht ik het niettemin een sympathieke gedachte, de kosten hoofdelijk om te slaan over de sollicitanten. Immers, voor een huisarts ligt de zaak weliswaar anders dan voor iemand die een bouw- of jachtvergunning aanvraagt. In het laatste geval worden namelijk louter en alleen kosten gemaakt en verhaald met betrekking tot de aanvraag van die ene bouwer of jager. Een juridisch handvat voor het voorgestelde omslagstelsel is echter niet te vinden: alleen aan de vergunninghouder kunnen leges voor de afgifte van de vergunning in rekening worden gebracht. Hooguit zou de gemeente de hoogte daarvan kunnen laten variëren met het aantal gegadigden.

In het aanvraagstadium lijkt mij voor het declareren van administratiekosten bij alle vergunningvragende huisartsen wel een rechtsgrond aanwezig, immers ook bij bouwvergunningen worden alleen al voor het in behandeling nemen van een vergunningaanvraag legeskosten in rekening gebracht, onafhankelijk van de vraag of de vergunning zal worden verleend. Het zou mij niet verbazen, wanneer naar analogie daarvan ook aan een vergunningvragende huisarts legeskosten in rekening zouden kunnen worden gebracht vooraleer zijn of haar verzoek tot vestiging in behandeling wordt genomen in het kader van een sollicitatieprocedure. Op deze wijze is spreiding der kosten toch wel mogelijk, lijkt mij.

Intussen blijft in Middelstum het betalen van leges inherent aan het verkrijgen van een vestigingsvergunning en aanvaardt de huisarts die bij deze gemeente zo'n vergunning aanvraagt in wezen het prettige risico f 2.500 leges te moeten betalen. Hem of haar kan wellicht nog tot troost strekken dat de gemeente zelfs bevoegd is winst te maken op deze vorm van administratieve dienstverlening³. In

Tekst raadsbesluit Middelstum

De raad der gemeente Middelstum;

gezien het voorstel van burgemeester en wethouders van 29 april 1988, agendapunt 10;

gelet op de artikelen 269 en 271 der Gemeentewet;

besluit:

vast te stellen de navolgende

VERORDENING TOT WIJZIGING VAN DE VERORDENING OP DE HEFFING EN INVORDERING VAN LEGES TER SECRETARIE EN VAN RECHTEN WEGENS VERRICHTINGEN VAN DE AMBTENAREN VAN DE BURGERLIJKE STAND IN DE GEMEENTE MIDDELSTUM

Artikel I

Onder Hoofdstuk I, VERGUNNINGEN, wordt toegevoegd een nieuw lid I-1:

I-1. VESTIGINGSVERGUNNING HUISARTSEN

- a. Voor de afgifte van een vestigingsvergunning huisartsen als bedoeld in artikel 8 van het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen een bedrag van f 2.500,—, zijnde het aan de gemeente in rekening gebrachte bedrag van advertentiekosten en andere bijkomende kosten;
- b. Voor de afgifte van een vergunning in verband met verplaatsing van de praktijk van een reeds in de gemeente gevestigde huisarts, een bedrag van f 150,—.

Artikel II

Deze verordening treedt in werking op 15 mei 1988.

Aldus vastgesteld in de openbare vergadering van de raad der gemeente Middelstum, gehouden op 10 mei 1988.

Goedgekeurd bij Koninklijk Besluit van 28 juni 1988 No. 6.

casu heeft de raad volstaan met kosten dekking.

De LHV zou in dit verband nog kunnen poneren, dat de gemeenten geen enkele reden hebben om de kosten van de verleende diensten via legesheffing op de huisartsen te verhalen. Is het niet zo dat alle gemeenten een plankostenvergoeding krijgen van het Rijk ter financiering van deze op de WVG gebaseerde taak? Zeker wel, ware het niet dat het kabinet op 4 maart jl. heeft besloten deze vergoeding terug te brengen tot f 0,17 per inwoner⁴. In het geval van Middelstum betekent dat een jaarlijkse bijdrage van f 493,—, ofwel de kosten van ongeveer een kwart advertentie. Toegegeven, in Middelstum beëindigt heus niet elk jaar één van de twee gevestigde huisartsen zijn praktijk, maar daar staat tegenover dat die jaarlijkse vergoeding slechts tot en met 1990 wordt verstrekt.

RECHTSMIDDELEN

De LHV wil een proefproces beginnen. Voor welke rechter dat proces gevoerd zal (kunnen) worden is niet geheel duidelijk. *A prima facie* lijken daarvoor immers maar liefst zes wegen open te staan. Ik zal mij in dit kader niet laten verleiden tot een gedetailleerd juridisch-technisch exposé. In het kort zullen de diverse opties en hun respectieve 'slaagkansen' de revue passeren.

Het voeren van een civiel *kort geding* – ook in de artsenwereld inmiddels populair – is alleen al vanwege het ontbreken van enig spoedeisend belang uitgesloten. Bovendien zou er sprake moeten zijn van zogeheten onmiskenbare onverbindendheid of onrechtmatigheid van de betreffende legesverordening⁵.

Afgesloten is ook de weg van het *Kroonberoep* respectievelijk de nieuwe procedure van de Tijdelijke Wet Kroongeschillen, want noch de WVG noch het Vestigingsbesluit voorzien daarin.

Ook de *civiele rechter* valt af. Deze zal zich denkkelijk nog wel bevoegd achten kennis te nemen van een vordering uit onverschuldigde betaling ex artikel 1395 BW (de huisarts vordert dan die f 2.500 terug, claimende dat er geen rechtsgrond voor deze betaling is) maar moet de arts naar mijn mening vervolgens niet-ontvankelijk verklaren, omdat deze aan het verkeerde adres heeft aangeklopt.

Anders ligt het wellicht wanneer, eveneens in een gewone procedure, gevraagd wordt dit 'besluit van algemene strekking' onverbindend te verklaren. Theoretisch zou de civiele rechter namelijk de legesverordening kunnen aanmerken als een daad van onrechtmatige wetgeving⁶. Gegeven de bepalingen in de Gemeentewet en de goedkeuring door de Kroon, acht ik een dergelijke actie vruchteloos. (Zie ook noot 11.)

Normaliter leidt de weg mijns inziens naar de *belastingrechter*, omdat het hier primair een belastinggeschil betreft. Deze rechter zal zich, dunkt mij, evenwel moeten beperken tot de vraag of er strijd is met de wet – daarvan is mijns inziens dus geen sprake – én de vraag of de gemeente daadwerkelijk kosten heeft gehad. Zou dat laatste namelijk niet het geval zijn, dan kan ook de belastingrechter de legesverordening onverbindend verklaren. Deze situatie doet zich hier echter evenmin voor, want er worden blijkens het voorstel van B&W aan de raad d.d. 29 april jl. zonder twijfel kosten gemaakt: reiskosten sollicitanten, adver-

tentie-, administratie- en vergaderkosten, etc. De hoogte van het legesbedrag staat (omdat er kosten zijn) overigens nadrukkelijk niet ter toetsing van de belastingrechter. Zeggenschap daarover heeft alleen de gemeenteraad, onder goedkeuring van de Kroon⁷.

In het kader van het Vestigingsbesluit worden vrijwel alle geschillen tussen gemeenten en huisartsen door de Arob-rechter beslecht. De gemeente geeft een beschikking af (bijvoorbeeld verlening of weigering van de vestigingsvergunning) en de huisarts of een belanghebbende derde stapt daarmee naar de (voorzitter van de) afdeling Rechtspraak van de Raad van State.

De Arob-rechtsgang zal voor de onderhavige problematiek mijns inziens echter slechts dan in aanmerking komen, indien de gemeente aan een huisarts een vergunning weigert omdat deze heeft laten weten geen leges te zullen betalen. Ik verwacht dat de Arob-rechter een dergelijk besluit vernietigt wegens strijd met de wet (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg). Immers artikel 54 WVG geeft een limitatieve opsomming van weigeringsgronden. Deze betreffen drie situaties:

- Als het gebied 'vol' is.
- Als het een gebied betreft dat door de minister eveneens op capaciteitsoverwegingen is aangewezen als zijnde een gebied waarbinnen geen huisartsen meer werkzaam mogen zijn.
- Wanneer het spreidingsbeleid zich daartegen verzet.

De voorzitter ARRS oordeelde, dat deze weigeringsgronden een limitatief karakter dragen. Voor overwegingen van inhoudelijke aard blijft in een sollicitatieprocedure evenwel plaats, althans 'inzoverre het inhoudelijke factoren betreft welke bij het maken van een keuze uit de persoon die voor zodanige vergunning in aanmerking wensen te komen als ter zake dienend kunnen worden aangemerkt'⁸. Ik zie niet in dat het heffen van legesgelden 'ter zake dienend' is en ben van oordeel dat het onmogelijk is vergunningverlenend afhankelijk te stellen van legesbetaling. Het feit dat de MvT bij artikel 8 bepaalt dat de gemeente vrij is om een eigen procedure doet daar niets aan af. Hoe nauw verbonden legesheffing en vergunning ook zijn, mijns inziens gaat het formeel-juridisch om twee gescheiden trajecten.

Tenslotte kan op grond van artikel 5 van de Grondwet iedere burger, belanghebbend of niet, de Kroon verzoeken op grond van artikel 185 Gemeentewet a.

het raadsbesluit, of b. de concrete heffing die door B&W in een bepaald geval is opgelegd, te vernietigen. Het desbetreffende besluit moet daarvoor in strijd zijn met de wet of het algemeen belang (inclusief beleidsopvattingen van de Kroon). Schorsing is om die reden ook mogelijk. Deze weg van de zogenoemde (uitgelokte) *spontane vernietiging* ex artikel 185 Gemeentewet is een *ultimum remedium*. In situatie b wordt een verzoek tot vernietiging zonder meer vruchteloos gedaan, omdat een administratiefrechtelijke voorziening nog mogelijk is: de belastingrechter (art. 185a). Pas als deze hoogste feitelijke instantie een uitspraak heeft gedaan, kan de Kroon in zijn functie van administratief toezichthouder tot vernietiging overgaan. Maar dat zal niet mogen gebeuren op rechtsgronden welke in strijd zijn met die waarop de uitspraak van de (belasting)rechter steunt of mede steunt, aldus artikel 185b Gemeentewet. Het raadsbesluit zelf daarentegen (situatie a) kan in beginsel zonder meer aan dit repressieve toezicht van de Kroon worden onderworpen. Doch ook deze weg zal mijns inziens vergeefs worden bewandeld. Een legesverordening waarvoor in het kader van preventief toezicht het koninklijke groene licht werd gegeven, zal niet gauw worden vernietigd⁹. De Kroon betracht in zijn vernietigingsbeleid bovendien een grote terughoudendheid en respect voor de eigen gemeentelijke verantwoordelijkheid¹⁰. Vernietiging volgt slechts bij zaken van aanmerkelijk gewicht. Bovendien gaat het bij artikel 185 om een bevoegdheid, niet om een plicht tot vernietiging, zelfs niet bij geconstateerde strijd met de wet¹¹!

Concluderend meen ik te mogen stellen dat de kans op vernietiging van de legesverordening zelf of van een op basis daarvan gegeven belastingbeschikking bijzonder gering moet worden geacht, onafhankelijk van de gekozen optie. Ik denk dan ook dat de LHV er goed aan doet haar hemdsmouwen maar weer af te rollen. □

Noten

1. VARRS, 3 maart 1988, nr. R03.88.0437/S95. Zie hierover mijn artikel in De Nederlandse Gemeente van 10 juni 1988, p. 546-7.

2. De huisartsen die (daarenboven) vinden dat de vaststelling van een profiel en dergelijke maar beter aan de beroepsgroep kan worden overgelaten, wil ik wijzen op het feit dat de Arob-rechter tevens meermaals heeft uitgesproken dat die beleidsvrijheid de gemeente toekomt. Een voorbeeld: de Tilburgse vergunning voor een 'voldoende geschikte' vrouwelijke huisarts werd 'alleszins aanvaardbaar' geacht. Zie over deze materie mijn bijdragen in De Nederlandse Gemeente van 29 januari 1988, p. 87-8 en MC nr. 7/1988, blz. 213-5.

3. Bij de heffing van retributies (bijvoorbeeld rioolrecht en ophalen huisvuil) mag op geleide van artikel 279 van de Gemeentewet slechts een 'matige winst' worden gemaakt. De Kroon-jurisprudentie leert dat de opbrengst niet groter mag zijn dan 20% tot 25% van de kosten van de dienstverlening. Voor legesheffing geldt deze beperking niet, hoewel er in de praktijk uiteraard een zeker verband bestaat met de daadwerkelijk gemaakte kosten. Wetswijziging is aanstaande; daarna mag dit overheadtarief nog slechts kostendekkend zijn.

4. WVC-circulaire aan de gemeenten d.d. 21 juni 1988, DGVGZ/STABO-10371.

5. HR 16 mei 1986, AB 1986, 574 (Landbouwvliegersarrest).

6. HR 20 juni 1962, nr. 14832, BNB 1962/279.

7. Vgl. HR 6 mei 1983, NJ 1984, 361 (Bullenbaai-arrest). Zie over deze materie P. J. J. van Buuren, pre-advies voor de Ned. Juristen-Vereeniging, jrg. 117. De rechter en onrechtmatige wetgeving, p. 71-89.

8. VARRS, 23 juni 1987, KG 1987, nr. 351.

9. Dit heeft mij er niet van weerhouden om – ten behoeve van de (definitieve?) duidelijkheid voor alle partijen – zelf de legesverordening van de gemeente Middelstum voor vernietiging voor te dragen bij de Kroon.

10. Zie: Rapport ABAR, Alphen a/d Rijn 1984, p. 282, en A. O. C. Tak/J. B. J. M. ten Berge, Nederlands administratief procesrecht, deel 2, p. 235.

11. Overigens blijft de (belasting)rechter bevoegd de verordening onverbindend te verklaren, ook al heeft de Kroon besloten niet te vernietigen (HR 4 april 1928, NJ 259). De burgerlijke rechter is zelfs bevoegd het vernietigingsbesluit te toetsen in het kader van een actie uit onrechtmatige daad. Voor zover bekend heeft een dergelijk geval zich nog nooit voorgedaan. (Zie: Spontane schorsing en vernietiging. Publicatie DGOB, Min. van BiZa, maart 1987, p. 11.)

LHV: niet zo somber

Vanderheyden heeft gelijk: de LHV vindt het de moeite waard de mouwen op te stropen ten behoeve van zich vestigende huisartsen die met een soort boete van f 2.500,—, verbonden aan het verkrijgen van de noodzakelijke vestigingsvergunning, worden geconfronteerd.

Wij blijven van mening, dat de vestigingsregeling in ieder geval niet voorschrijft, dat gemeenten uitgebreide sollicitatieprocedures op touw zetten. Doet een gemeente dat wel, dan behoort zij de kosten daarvan voor eigen rekening te nemen. Dat kan ook, omdat de gemeenten voor de uitvoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, waar het vestigingsbesluit een uitvloeisel van is, een bepaald bedrag per inwoner krijgen uitgekeerd. In veel gevallen zal men, gezien het geringe aantal vestigingen, daar zelfs nog aan overhouden. En als men met het bedrag niet uitkomt, gaat het niet aan zich vestigende huisartsen hiermee te belasten.

Of deze stelling hard zal kunnen worden gemaakt, zal in een juridische procedure blijken. Over de kans van slagen hoeven we niet op voorhand somber te zijn: ook Vanderheyden laat de mogelijkheid open, dat de verordening via een spontane vernietigingsprocedure bij de Kroon verdwijnt. Wij wensen hem dan ook succes met zijn actie ter zake. Gevoegd bij de nadere argumenten zoals de LHV die in een eigen, inmiddels in gang gezette vernietigingsprocedure zal aandragen, moet dit toch wel iets kunnen opleveren ten gunste van de zich vestigende huisarts.

Mr. J. C. de Hoog

Levensbeëindiging bij ernstig gehandicapte pasgeborenen

Van neonatologie naar neothanatologie?

In april van dit jaar heeft de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG een eerste rapport uitgebracht over levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen. Dit rapport is in Medisch Contact gepubliceerd (MC nr. 22/1988, blz. 697). De commissie acht actieve levensbeëindiging door middel van het toedienen van daartoe geëigende middelen aanvaardbaar. De commissie onderscheidt verder ten aanzien van het niet-instellen of staken van een medische behandeling die de dood ten gevolge heeft, een 'geen reële overlevingskans'-prognose en een 'onleefbaar leven'-prognose. Onder de eerste wordt verstaan wat veelal 'medisch zinloos handelen' wordt genoemd; objectieve medische criteria bepalen hier de beslissing. Dat is bij 'onleefbaar leven' niet het geval. De commissie spreekt van subjectieve criteria en noemt in dat verband: de mogelijkheid tot communicatie, de mate van lijden, de mogelijkheid tot zelfstandigheid (bijvoorbeeld lopen, wonen, zichzelf verzorgen), de mogelijkheid tot ontplooiing (bijvoorbeeld kunnen lezen, schrijven, verrichten van arbeid) en de te verwachten levensduur. Ook laat de commissie een rol spelen of de pasgeborene al dan niet voor de ouders welkom is. Nog afgezien van de aanvaardbaarheid van dergelijke criteria op zichzelf, het gaat hier niet om medische criteria. Desondanks wordt het accent van de beoordelingsbevoegdheid bij de medici gelegd, ook al is het rapport in dat opzicht niet overal even duidelijk. Nog afgezien van het feit dat het rapport in een aantal opzichten weinig helder is en soms een verhullend woordgebruik hanteert, heb ik er ernstige bezwaren tegen. Het rapport aanvaardt immers actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokkene en het door het nalaten van behandeling laten sterven van pasgeborenen zonder dat daar medische redenen voor aanwezig zijn, hetgeen ook neerkomt op onvrijwillige levensbeëindiging. Euthanasie is in de onderhavige problematiek niet aan de orde, omdat een verzoek om levensbeëindiging bij pasgeborenen niet aanwezig kan zijn. Over actief levensbeëindigend ingrijpen zon-

Prof.Dr. H. J. J. Leenen

*Onvrijwillige levensbeëindiging, onder welke vermomming ook, moet worden afgewezen. Aldus de hoogle-
raar in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam,
Prof.Dr. H. J. J. Leenen. Hij reageert op het rapport van de KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen over levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen.*

der verzoek van de betrokkene ben ik kort: dat is infanticide en niet aanvaardbaar. Dit artikel zal met name ingaan op het niet-instellen of staken van medische behandeling.

MEDISCH ZINLOOS HANDELEN

Het is in Nederland vrij algemeen aanvaard dat medisch handelen niet hoeft te worden begonnen en mag worden gestaakt indien dat handelen medisch zinloos is. De grond daarvan is dat tot medisch zinloos handelen geen verplichting bestaat. Ook de verhouding tussen doel en middelen mag daarbij een rol spelen. In dergelijke gevallen heeft de geneeskunde geen mogelijkheden meer en als de patiënt overlijdt omdat de arts dientengevolge niet meer handelt, is dat geen levensbeëindiging. Bij patiënten die hun wil niet kunnen bepalen, zoals pasgeborenen, is de beslissing geheel aan de arts. Ook in andere gevallen gaat het om een medisch-professioneel oordeel, maar de arts moet dan de patiënt informeren en er kunnen zich ook omstandigheden voordoen waarom op verzoek van de patiënt de behandeling die op zich medisch zinloos is, toch wordt gecontinueerd. Het criterium 'medisch zinloos handelen' is neergelegd in het voorstel van wet inzake euthanasie van 11 december 1987, waarin wordt gesteld dat geen euthanasie is: 'het niet instellen, onderscheidenlijk het staken van een behandeling in gevallen

waarin een zodanige behandeling naar heersend medisch inzicht zinloos is'. Andere dan medische motieven mogen in het oordeel geen rol spelen.

Evenmin is het aanvaardbaar dat belangen van anderen, bijvoorbeeld de ouders, worden meegewogen. Hoezeer ook ouders voor een zware taak worden gesteld indien hun een zwaar defect kind wordt geboren, het zou alle perken te buiten gaan indien vanwege belangen van ouders het leven van een kind zou mogen worden beëindigd. Iedereen die is geboren, of zijn ouders respectievelijk anderen of de gemeenschap hem wensen of niet, heeft recht op leven. Dit dan nog afgezien van de gevolgen die een ander standpunt zou kunnen hebben voor onvrijwillige levensbeëindiging van comateuze patiënten, demente bejaarden, diep-zwakzinnigen, enz.

Ook de kwaliteit van het leven van de pasgeborene – wat de commissie 'onleefbaar leven' noemt – kan geen argument zijn om het leven van de neonatus onvrijwillig te beëindigen. Ook hier zou een ander standpunt vergaande consequenties hebben voor andere categorieën patiënten. Het is in dit verband niet mogelijk op de problemen van het criterium 'kwaliteit van het leven' uitvoerig in te gaan. In het kort komen die problemen erop neer dat dat criterium niet omschrijfbaar en objectiveerbaar is, terwijl het voorts een kwalitatief oordeel is, dat alleen door de betrokkene die het aan gaat over zijn eigen leven kan worden gemaakt. Een dergelijk oordeel is van vele factoren afhankelijk en voor geen individu gelijk. En zelfs als bepaalde stukjes van de kwaliteit van het leven door onderzoek zouden kunnen worden verhelderd, dan nog zouden die uitkomsten geen juridische normen zijn. Dit alleen al omdat empirische feiten een juridische discussie niet kunnen beslechten. Het 'zijn' is niet maatgevend voor het 'behoren'; het gaat daarbij om twee onderscheiden orden van denken. Kwaliteit van het leven, of in de formulering van de commissie: 'onleefbaar leven', is ten aanzien van beslissingen over individuele mensen een letterlijk en figuurlijk levensgevaarlijk begrip, omdat het tot

onvrijwillige levensbeëindiging kan leiden.

Daarbij komt dat het geen medisch begrip is en een oordeel erover, zo dat al toelaatbaar zou zijn, geen medisch oordeel. Onderscheid moet worden gemaakt tussen medische handelingen die op de medisch-professionele standaard berusten en handelingen die door andere normatieve systemen in de samenleving worden bepaald, zoals de wetgeving, ook al worden die handelingen vaak door artsen uitgevoerd. Voorbeelden zijn abortus provocatus, euthanasie en onvrijwillige levensbeëindiging. Voor abortus provocatus is een medische indicatie zeldzaam en voor de beide andere bestaat die niet. De geoorloofdheid ervan wordt bepaald door andere dan medische normen. Het is niet aan de medische professe over de toelaatbaarheid ervan te beslissen.

Het feit dat bijvoorbeeld abortus provocatus veelal door artsen wordt verricht, betekent niet dat ook de normstelling daarover een prerogatief van de medische professe zou zijn. Bovendien bestaat er geen medisch-professionele standaard voor. De opvattingen over abortus provocatus en euthanasie lopen uiteen en zijn afhankelijk van ethische opvattingen en overtuigingen. Het genoemde onderscheid is ook terug te vinden in artikel 2 van de Abortuswet: abortus op medische indicatie valt niet onder de Abortuswet, overige abortus provocatus wel. In het kader van de euthanasie heeft de Hoge Raad ook het standpunt ingenomen dat deze niet valt onder medisch handelen. Dit betekent dat ten aanzien van handelen dat niet op medische gronden geschiedt, de arts in geen andere positie verkeert dan iedere andere burger. Wel is de medicus bevoegd te oordelen over handelingen die worden genormeerd door de medisch-professionele standaard, dus ook over medisch zinloze handelingen. Daarbuiten komt hem, anders dan de commissie lijkt te suggereren, geen exclusief oordeel toe.

Het is van belang de begrenzing van het medisch zinloos handelen waarover de arts competent is te oordelen, ten opzichte van ander handelen scherp af te bakenen. Het is dan ook niet duidelijk waarom de commissie van mening is dat de term 'medisch zinloos handelen' aan herziening toe zou zijn. Zij geeft daarvoor ook geen argumenten. Uit het rapport krijgt men de indruk dat de reden daarvoor is dat de commissie aan de arts een ruimere dan medische competentie wil geven. Maar dat is een ander probleem

en geen grond voor bezwaren tegen een op zich helder begrip. In ieder geval zijn de door de commissie voorgestelde termen 'geen reële overlevingskansen' en 'onleefbaar leven' weinig precies en beslist geen aanwinst in de terminologie.

Nu wordt wel gesteld dat het oordeel over de medische zinloosheid van een behandeling niet kan worden losgemaakt van een oordeel over de zin van het leven van de patiënt. In filosofische zin kan dat inderdaad het geval zijn. Maar daar gaat het niet om. Wat aan de orde is, is de bevoegdheid van de arts om beslissingen te nemen, *in casu* over patiënten die hun wil niet kunnen bepalen. Dat kan alleen op grond van medische criteria. Maar laat ons enkel ter wille van de discussie eens het andere standpunt innemen. Dan wordt het probleem niet opgelost. Immers, waar zouden de normen en de rechtsgronden voor een niet-medisch oordeel vandaan komen en hoe zouden die objectief kunnen worden vastgesteld? Die laatste eis zou uit het recht toch moeten worden gesteld, te meer daar het gaat om het staken van een medisch handelen dat ongevraagd de dood ten gevolge heeft. Het zou uit een oogpunt van rechtszekerheid niet te aanvaarden zijn indien hier willekeur zou kunnen optreden. Subjectieve overwegingen en inschattingen over de zin van andermans leven door een derde zouden nog minder aanvaardbaar zijn dan objectieve normen, die overigens juist ten aanzien van die zin niet bestaan. En wat zou zo'n oordeel kunnen inhouden, als het al aanvaardbaar was? Niet in ieder geval criteria van de commissie, zoals: zelfstandig kunnen zitten, lopen, wonen, zichzelf verzorgen, horen, zien, lezen, schrijven, verrichten van arbeid. Het behoort, dunkt me, nauwelijks betoog dat dergelijke criteria niet-behandelen, dat *in casu* ook nog tot de dood leidt, niet kunnen rechtvaardigen.

Een volgend probleem is, nog steeds in de veronderstelling dat een niet-medisch oordeel geoorloofd zou zijn, dat dat oordeel niet binnen het medisch beslissingsproces zou kunnen worden genomen. Immers, het zou uit een oogpunt van rechtsbescherming niet aanvaardbaar zijn dat over onbekwamen in een medisch beslissingsproces op niet-medische gronden zou worden geoordeeld, met zelfs levensbeëindiging tot gevolg. Voor het niet-medisch professionele deel zou dan een andere beslissingsinstantie moeten worden gelegitimeerd, indien de patiënt niet zijn wil kan bepalen. De gedachte dat commissies hierover zouden

mogen en kunnen oordelen, moet worden verworpen. Dergelijke Godcommissies blijken allerlei eigen en willekeurige normen te hanteren, met alle problemen van dien. Bovendien kunnen zij niet een voldoende kijk op de patiënt hebben. Een oordeel wordt niet verantwoord doordat het in een commissie wordt genomen. Bovendien zouden dergelijke commissies stuiten op het geheim van de patiënt.

Ook aan de familie komt geen beslissingsrecht toe en ouders kunnen niet besluiten tot de dood van hun kinderen; daartoe reikt de ouderlijke macht niet. Daarbij komt nog dat een dergelijk oordeel veelal niet verantwoord tot stand kan komen. Ouders en familieleden kunnen de situatie niet objectief overzien en emoties spelen, begrijpelijkerwijze, in hun oordelen een belangrijke rol. Bovendien zal *in casu* het oordeel van de ouders gemakkelijk worden beïnvloed door het feit dat hun eigen leven door de zorg voor de gehandicapte pasgeborene wordt beïnvloed, een reden te meer om hun geen bevoegdheid te geven over levensbeëindiging. Ook kan hun mening onbewust worden beïnvloed door het feit dat zij soms, zij het onbewust, al afscheid van de pasgeborene hebben genomen en het rouwproces al is begonnen. Dit nog afgezien van andere belangen die bij beslissingen van derden over iemand aanwezig kunnen zijn.

Kortom, ook als men zou aanvaarden dat niet-medische oordelen bij het beëindigen van het leven van een gehandicapte pasgeborene een rol zouden mogen spelen, hetgeen – ik herhaal – niet mogelijk is, dan nog zou het probleem niet zijn opgelost. De commissie gaat op al deze aspecten nauwelijks in.

De onderscheiding tussen medisch en overig handelen in verband met beslissingen over niet inzetten of beëindigen van medisch handelen wordt ook in het buitenland gemaakt. Twee citaten om dit te illustreren: De 'Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying' van het Hastings Center (1987) geven het volgende criterium voor het beëindigen van medische behandeling: 'If a treatment is clearly futile in the sense that it will not achieve its *physiological* (cursivering H.L.) objective and so offers no physiological benefit to the patient, there is no obligation to provide the treatment'. De richtlijnen van het Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (1986) over ernstig gehandicapte neonati stellen: 'To rank the importance of protecting life on the basis of

social value, usefulness, bodily condition, or mental capacity is to violate the moral law and the Constitution'. In dezelfde zin ook de minister in antwoord op Kamervragen d.d. 21 april 1988 (Tweede Kamer 1987/88, Aanhangsel p. 999).

RECHTSREGELS

In het kader van de neonatologie moet op een aantal rechtsregels acht worden geslagen. Onvrijwillige levensbeëindiging is strafbaar als moord of doodslag. Dat is door de rechtspraak ook ten aanzien van handelen van artsen en verpleegkundigen herhaaldelijk uitgesproken. Onder de desbetreffende artikelen vallen zowel actieve levensbeëindiging als levensbeëindiging door het nalaten van handelingen die men behoort te verrichten. Ook artikel 11 van de *Grondwet* over de onaantastbaarheid van het lichaam kan aan de orde zijn.

Artikel 2 van het *Europees verdrag* tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, dat in Nederland kracht van wet heeft, verbiedt onvrijwillige levensbeëindiging. Volgens dat artikel wordt het recht op het leven van een ieder beschermd door de wet en mag niemand opzettelijk van het leven worden beroofd tenzij bij wege van tenuitvoerlegging van een vonnis dat is uitgesproken door een rechtbank wegens een misdrijf waarop de wet de doodstraf heeft gesteld. Dit artikel verbiedt euthanasie niet omdat die op verzoek van de betrokkene geschiedt. Het gaat om onvrijwillige levensberoving door derden; dat ligt ook in de aard van individuele grondrechten die zich richten tegen aantasting van rechten door anderen. Het is verdedigbaar – en ik verdedig dat ook – dat artikel 2 van het Europees Verdrag niet geldt ten aanzien van het beëindigen van medisch zinloze handelingen indien dat de dood ten gevolge heeft. Immers, als er medisch geen mogelijkheden meer zijn, is er geen plicht tot handelen. Levensbeëindiging om andere dan medische criteria valt echter onder artikel 2 van het Europees Verdrag, waaraan ook de Nederlandse wetgever is gebonden.

In het kader van de neonatologie is verder van belang artikel 255 van het *Wetboek van Strafrecht*, dat met straf bedreigt het in hulpeloze toestand brengen of laten van iemand tot wiens onderhoud, verpleging of verzorging men verplicht is. Ook moet worden gewezen op artikel 450 van het Wetboek van Strafrecht, dat degene strafbaar stelt die getuige van het ogenblikkelijk levensgevaar waarin een

ander verkeert, nalaat deze hulp te verschaffen indien de dood daarop volgt. Op grond van de in dat artikel geformuleerde voorwaarden valt daaronder de hulp van een arts in het kader van de neonatologie. Deze verplichtingen gelden uiteraard niet als het gaat om medisch zinloze handelingen.

Ook al zou men ethisch van mening zijn dat het niet beginnen of staken van medisch handelen op andere dan medische gronden zonder toestemming van de patiënt zelf met als gevolg dat de patiënt overlijdt, geoorloofd zou zijn – een mening die ik niet deel – het recht laat dat niet toe. Het is niet zo – zoals sommigen wel eens suggereren – dat een ethische opvatting de wet ten aanzien van onvrijwillige levensbeëindiging opzij zou kunnen zetten. Dit dan nog afgezien van de vraag wie ten aanzien van onvrijwillige levensbeëindiging in de neonatologie een dergelijke opvatting zouden delen. In Nederland gaat het daarbij mijns inziens om een kleine groep.

TENSLOTTE

Op nog een ander aspect van meer algemene aard dat ook bij de neonatologie aan de orde is, wil ik wijzen. Door de ontwikkeling van de medische wetenschap en technologie, die zich vaak betrekkelijk autonoom ontwikkelen, worden vaak mogelijkheden geschapen die naast positieve ook negatieve gevolgen hebben. De ontwikkeling van de wetenschap schept dan met name ten aanzien van die negatieve gevolgen problemen in ethisch en juridisch opzicht. In de kring van de wetenschap wordt soms het geluid gehoord dat de ethische en juridische normen dan voor het wegnemen van die negatieve gevolgen moeten wijken. Dat is echter de vraag. Hier moet de wetenschap grenzen in acht nemen.

De neonatologie heeft veel goeds gebracht, maar ook dat pasgeborenen in leven worden gehouden die allerlei gebreken hebben. Beter ware het dan geweest die moderne technologie niet toe te passen. Maar als dat wel is gebeurd, kan daaraan geen grond worden ontleend voor het rechtvaardigen van onvrijwillige levensbeëindiging. Het rapport gaat aan deze problematiek vrijwel voorbij. Op pagina 10 wordt weliswaar opgemerkt dat de medische wetenschap nog niet altijd in staat is de uit het medisch-technisch kunnen voortvloeiende lijden van de pasgeborene op te heffen dan wel binnen dragelijke grenzen te houden,

maar dat is geen voldoende behandeling van dit vraagstuk.

Op het rapport van de KNMG-commissie zou ook onderdeelsgewijze nog wel het een en ander aan te merken zijn. Ik heb me echter tot enkele hoofdlijnen beperkt. Naar mijn mening is het rapport zowel begripsmatig als in redenering niet sterk, en zijn allerlei aspecten van het vraagstuk niet of onvoldoende behandeld. Een aantal ontbrekende punten is in dit artikel genoemd. Maar mijn hoofdbezwaar geldt het voorstel van de commissie, actieve levensbeëindiging en het nalaten van medisch behandeling om andere dan medische redenen aanvaardbaar te achten. Onvrijwillige levensbeëindiging, onder welke vermomming dan ook, moet worden afgewezen. Niet alleen is dat in onze rechtsorde niet mogelijk, het wel mogelijk maken zou de grondslagen van onze samenleving aantasten en zeer vergaande consequenties hebben. □

Innoverend Ziekenhuisbeleid in een tijd van schaarste

Ter gelegenheid van de opening van het nieuwe Beatrixziekenhuis te Gorinchem zal op dinsdag 6 september te 14.00 uur een symposium worden gehouden onder de titel 'Innoverend Ziekenhuisbeleid in een tijd van schaarste'. Onderwerpen als kosten/baten analyse in de gezondheidszorg, dagbehandeling, buitenpolikliniek, en bevolkingsonderzoek op mamma ca. zullen aan de orde worden gesteld.

Prof. Dr. H. A. Tiddens, Dr. J. H. C. Hendriks, Dr. A. F. P. M. Verhoeven, Ir. J. M. H. Vissers zullen onder voorzitterschap van Dr. P. Lens een inleiding houden over genoemde onderwerpen.

Aan dit symposium zijn geen kosten verbonden.

Inlichtingen en aanmeldingen: Mw. Anja Kool, 01830-44444 toestel 247.

Kan de psychiatrische patiënt in de toekomst nog als patiënt worden behandeld?

In Nederland neemt de huisarts een centrale plaats in bij de behandeling van patiënten. Wanneer een patiënt zijn huisarts consulteert, wordt hij na onderzoek en in onderling overleg door hem behandeld of naar een andere behandelaar doorverwezen. Tot nu toe is dit ook bij psychiatrische patiënten het geval. Wanneer een psychisch zieke bij zijn huisarts hulp vraagt, is die huisarts volledig vrij in het opstellen en uitvoeren van het onderling overeengekomen behandelingsplan. Deze vrijheid wordt in het advies 'Samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid van november 1987, zeker voor de klinisch te behandelen patiënt, volledig ingeperkt.

In het advies van de Nationale Raad wordt een beleidsplan beschreven voor alle medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg. In grote lijnen wordt aangegeven 'langs welke weg een continu verlopend zorgproces dat ambulante en klinische episoden kent kan worden geboden'. Men denkt dan aan 'een team voor regionale indicatiestelling voor klinisch te behandelen psychiatrische patiënten, waarbij de verantwoordelijkheid voor de regionale indicatiestelling berust bij het regionaal instituut voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG), de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) en het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) gezamenlijk'. 'De in dit team samenwerkende partners', zo staat er, 'sluiten een overeenkomst inzake het gezamenlijk uitvoeren van de volgende taken:

- hulpvraagverduidelijking, indicatiestelling en aanbodtoewijzing (onder meer diagnostiek, observatie, advies en consultatie, indicatiestelling, plaatsing);
- zorgverlening (namelijk een primair zorgaanbod);
- zorgcoördinatie (de bewaking van het zorgproces, in het bijzonder in overdrachtssituaties),

ten behoeve van de eerder gedefinieerde doelgroep. Met andere woorden: inzake al hetgeen nodig is voor een goede afstemming van vraag en aanbod.'

De praktische toepassing van het bovenvermelde principe wordt als volgt nader

B. G. Soons

In het advies 'Samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg' wordt in grote lijnen aangegeven langs welke weg een continu verlopend zorgproces aan de psychiatrische patiënt kan worden geboden. B. G. Soons, zenuwarts in het St. Laurentiusziekenhuis te Roermond, stelt een alternatief plan voor, dat kostenbesparend en kwaliteitsverbeterend zou kunnen werken.

uiteengezet: 'Verwijzingen vanuit de eerste lijn naar de geestelijke gezondheidszorg – ambulante of klinische – zouden door de individuele instellingen ter beoordeling moeten worden voorgelegd aan de indicatiestellers. Deze bepalen welke de te volgen koers moet zijn. Binnen de procedure voor de indicatiestelling, etc. worden ook geregeld: de zorgtoewijzing (plaatsing) en de periodieke beoordeling van cliënten. In de adviesaanvraag is in dit verband sprake van 'een regionaal toetsingsbeleid'. In de verdere uitwerking staat dan nog: 'Een bepaald (en beperkt) aantal opnemingen kan door de ambulante behandelaar zelf worden gerealiseerd.' De verdere uitwerking van dit principe wordt als volgt weergegeven: 'De behoefte aan zorgverlening wordt gedeponereerd in de vorm van een hulpvraag waarna de hulpverlener op zoek gaat naar informatie (onderzoek) teneinde meer inzicht te krijgen in de aard, mogelijke oorzaak en omvang van de gepresenteerde klacht (diagnostiek). Daarna kan worden bepaald of iets aan de klacht moet worden gedaan (therapie) en, zo ja, welk type hulpantwoord het meest past bij de gestelde vraag (indicatiestelling)'. De regel op blz. 14 van dit advies: 'Als tenslotte de indicatie is gesteld dan zal moeten worden vastgesteld welke persoon of instantie het hulpantwoord gaat leveren (aanbodtoewijzing)' is in deze gedachtengang, zo menen wij, essentieel. Wanneer deze regels voor een psychiatrische patiënt worden vertaald, staat er in medische termen: na diagnostiek volgt een gemotiveerd behandelings-

plan, waarna wordt uitgemaakt welke hulpverlener de behandeling dient uit te voeren. De consequenties van deze opzet voor een patiënt die door zijn huisarts naar een poliklinisch of klinisch werkzame psychiater wordt doorverwezen, zijn ingrijpend. Wanneer de huisarts of de poliklinisch behandelend psychiater een opname overweegt, kan dat niet gebeuren zonder de goedkeuring van een regionaal team voor indicatiestelling voor klinisch te behandelen psychiatrische patiënten. Dit team maakt tevens uit wie de klinisch behandelaar wordt. Deze specialist is niet meer in staat op eigen indicatie op te nemen of niet op te nemen. Aan de patiënt kan een behandelend specialist worden opgedrongen, waardoor er van vrije artskenkeuze weinig overblijft. Wanneer wij in dit advies zoeken naar een motivatie voor deze ingrijpende verandering, dan vinden wij: 'het zoveel mogelijk voorkomen van minder noodzakelijke opnemingen en het bekorten van de opnameduur' en 'te bewerkstelligen dat het aantal opnemingen en het aantal verpleegdagen terugloopt'.

Verder wordt door de staatssecretaris geschreven dat hij streeft naar een verbetering bij de drie partners, te weten RIAGG, PAAZ en APZ, van:

1. de betrokkenheid bij een voorgenomen opname in APZ of PAAZ;
2. de betrokkenheid bij de toetsing van het verblijf aldaar;
3. de tijdige betrokkenheid bij een voorgenomen ontslag; en
4. een gesystematiseerd nazorgprogramma.

De anders zo sterk verdedigde privacy van iedere op te nemen patiënt wordt in verband met de nagestreefde bezuiniging terzijde geschoven.

ALTERNATIEF PLAN

Aangezien nadrukkelijk in het beleidsplan wordt vermeld dat 'de in de regio werkzame instellingen zelf het samenwerkingsverband moeten ontwikkelen', zullen we nu een ander plan nader toelichten. De doelstelling van dit plan is – overeenkomstig het verlangen van de staatssecretaris – een verbetering van de behandeling van de psychiatrische patiënt door een intensievere samenwer-

king van de drie partners. Door een grotere betrokkenheid van de drie partners bij een langdurige klinische behandeling kan zo'n behandeling soms worden bekort en kan een gesystematiseerd nazorgprogramma op indicatie duidelijker worden opgesteld.

Wij gaan uit van de volgende *voorwaarde*: samenwerken heeft slechts zin als de drie partners het nut van hun samenwerking inzien en bereid zijn om moeite te doen om samen te werken en wat van hun zelfstandigheid in te leveren. Een van hoger hand opgelegd samenwerkingsverband dat de partners grotendeels als zinloos voorkomt zal nooit kunnen functioneren. Essentieel uitgangspunt is de centrale positie van de huisarts en de vrije artskeuze.

De drie partners nemen ieder via een psychiater deel in een *centraal behandelingsadviesorgaan*. Dit team wordt gecoördineerd door een functionaris van het regionaal instituut voor de geestelijke gezondheidszorg (RIGG), die onafhankelijk is van de drie partners en voldoende *outillage* heeft om zijn werk adequaat te doen. Huisarts of behandelend psychiater kunnen op indicatie bij dit adviesorgaan verplicht dan wel facultatief een consult aanvragen:

a. *verplicht consult*. Bepaalde groepen klinische patiënten moeten bij het overlegorgaan worden ingebracht, namelijk de recidiverende en de langdurig opgenomen patiënten. De begrippen 'recidief' en 'langdurig' dienen vooraf voor PAAZ, APZ en RIAGG afzonderlijk, doch in onderlinge overeenstemming, te worden gedefinieerd. De behandelend specialist is verplicht deze categorie patiënten in te brengen en zijn vertegenwoordiger in de overlegstructuur voldoende over deze patiënten te informeren.

b. *facultatief consult*. Er kunnen nog drie andere groepen patiënten door de behandelend psychiater of huisarts worden gemeld, namelijk:

– primair moeilijke patiënten. De psychiater of huisarts voorziet een zeer ingewikkelde en nauwelijks te ontwarren problematiek en zal, alvorens hij zijn behandelingsplan opstelt of de patiënt doorverwijst, graag advies van dit overlegorgaan ontvangen;

– secundair moeilijke patiënten. De behandelend psychiater of huisarts constateert in de loop van de behandeling dat deze niet het gewenste verloop heeft. Hij zal graag, alvorens hij met de behandeling verder gaat, de patiënt met de deskundigen in het overlegorgaan bespreken (verzoek tot intervisie);

– ontevreden patiënten of familieleden. De huisarts meldt in overleg met de patiënt en diens familie een psychiatrische patiënt aan, omdat de behandeling minder goed verloopt en hij het advies wil inwinnen van een andere deskundige ('second opinion').

Een noodzakelijke voorwaarde voor ieder facultatief consult is dat de patiënt met doorverwijzing akkoord gaat.

Wij menen ervan te kunnen uitgaan dat in de hiervoor genoemde gevallen de huisarts of behandelend psychiater graag hulp en advies vraagt en krijgt van een groep deskundigen waarbij het behandelingsplan kan worden bekrachtigd, gecorrigeerd of ontworpen. Voor bovenomschreven patiënten kan deze procedure zeker effectiever en waarschijnlijk kostenbesparend werken.

TOEPASSING ALTERNATIEF

De al of niet vrijwillig consult vragende behandelend specialist of de advies vragende huisarts informeert het team – na instemming van de patiënt – over diagnose, behandelingsplan en ervaringen tijdens de behandeling. De drie partners bespreken de patiënt op grond van deze informatie en na eigen onderzoek en komen in gezamenlijk overleg tot een behandelingsadvies. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering hiervan berust bij de behandelend psychiater of huisarts.

Zowel de patiënt als de leden van het overlegorgaan moeten bij het niet uitvoeren van het behandelingsadvies in beroep kunnen gaan. Ook de aangewezen behandelaar moet dit kunnen doen, als hij het met het advies van de commissie niet eens is. Deze beroepsmogelijkheid dient op landelijk niveau nader te worden uitgewerkt. De behandelend specialist of huisarts kan dus niet ongemotiveerd het geadviseerde behandelingsplan naast zich neerleggen. Anderzijds kan hij ook niet worden verplicht het behandelingsadvies zonder meer uit te voeren. Omdat het hier gaat om patiënten die zeer veel zorg vragen en die kennelijk moeilijk of niet op de ingestelde behandeling reageren, zal de behandelaar, zo verwachten wij, graag willen overleggen met andere deskundigen. Een voorwaarde voor dit overleg is dan wel grote deskundigheid van de leden van deze commissie.

SAMENVATTING

In dit artikel is een voorstel gedaan om in een perifere regio bepaalde groepen patiënten met psychische problemen uit-

voerig in een gemeenschappelijk functionerend behandelingsadviesorgaan te laten onderzoeken. Op basis van dit onderzoek kan een behandelingsadvies worden gegeven, dat niet zonder meer door de behandelend psychiater of huisarts kan worden genegeerd. Het initiatief tot het onderzoek gaat in de regel uit van de huisarts of de behandelend specialist en is in sommige gevallen verplicht. De psychiatrische patiënt blijft zo een 'gewone' patiënt, die op eigen verzoek en in overleg met zijn huisarts bij de door hem gekozen specialist kan worden behandeld.

Wij verwachten dat op deze wijze een moeilijk te behandelen patiënt een meer adequate behandeling kan krijgen. Niet strikt noodzakelijke recidiefopnamen kunnen zo worden beperkt. Zeker kan in daarvoor in aanmerking komende gevallen in goed overleg een gesystematiseerd nazorgprogramma worden opgesteld.

De regionale commissie routinematig te belasten met iedere voorgenomen opname, zoals in het advies 'Samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg' wordt voorgesteld, lijkt zeker voor de patiënt onnodig belastend. Tevens is dit voor de commissie zeer bewerkelijk en als regel overbodig en dus niet kostenbesparend.

De volgende voorwaarden dienen te worden vervuld:

1. De samenstelling van het behandelingsadviesorgaan garandeert een zo groot mogelijke deskundigheid.
2. De patiënt dient in te stemmen met het overleg (garantie van privacy).
3. Het behandelingsadviesorgaan zal steeds op basis van eenstemmigheid onder leiding van de RIGG-functionaris zijn activiteiten dienen te bepalen.
4. De behandelend psychiater verplicht zich de patiënten die voldoen aan de afgesproken criteria in het overlegorgaan in te brengen.
5. De volledige medische verantwoordelijkheid blijft bij de behandelend specialist of huisarts, maar zowel de behandelend specialist of huisarts als de patiënt als de leden van het overlegorgaan kunnen bij het niet uitvoeren van het behandelingsadvies in beroep gaan. □

Het concept aangaande een centraal behandelingsadviesorgaan is in dialoog met W. Kardaun, zenuwarts te Roermond, opgesteld.

Literatuur

Samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, november 1987.

De financiële gevolgen van kanker en kankerbehandeling voor patiënten

Volgens het recent verschenen scenario-rapport 'Kanker in Nederland' zal het aantal kankerpatiënten in Nederland de komende jaren sterk toenemen. Ook wijst de commissie die het rapport heeft uitgebracht, op de toenemende vraag naar zorg (en de kosten daarvan) die door de intensievere diagnostiek en behandeling zal optreden. In het rapport wordt geen aandacht besteed aan de gevolgen die één en ander voor de aspecten van de 'kwaliteit van het leven' van de patiënten zal hebben: de belasting die intensievere diagnostiek en behandeling op de patiënt en diens omgeving leggen. In dit artikel wordt op een van de aspecten daarvan nader ingegaan: de financiële gevolgen van kanker(behandeling) voor de patiënt.

Nader inzicht in de financiële gevolgen van kanker(behandeling) voor de patiënt is niet alleen actueel vanwege de verwachte toename van incidentie en intensieve zorg, maar meer nog vanwege de voorstellen tot verandering in de gezondheidszorg zoals gedaan door de commissie-Dekker¹. Immers, op grond van de veronderstelling dat financiële prikkels de patiënt tot een meer verantwoord gebruik van gezondheidsvoorzieningen aan zouden zetten, stelt deze commissie voor een aantal voorzieningen rechtstreeks voor rekening van de patiënt te laten komen. Deze voorzieningen, met name hulpmiddelen en medicijnen, zijn bij kankerpatiënten belangrijk voor de behandeling van ziekte, maar eveneens voor de ondersteuning van de kwaliteit van het leven.

In dit artikel worden enige onderzoekresultaten gepresenteerd, die nader inzicht geven in de nu al bestaande financiële gevolgen van het hebben van kanker voor de patiënt en diens omgeving.

LITERATUUR

Systematisch onderzoek naar de 'materiële neveneffecten' van kankerbehandeling voor de patiënt is in Nederland niet verricht. In de Verenigde Staten zijn, met name door Houts en anderen^{2,3}, wel enkele uitvoerige onderzoeken gedaan naar de kosten die aan het hebben van kanker en de behandeling daarvan voor patiënten verbonden zijn. Deze auteurs onderscheiden drie soorten kosten: 1.

J. de Haes c.s.

Hebben kankerpatiënten extra kosten ten gevolge van hun ziekte en is het moeilijk voor hen deze kosten op te brengen? Door welke posten worden deze kosten veroorzaakt? Hangt de financiële belasting samen met biografische of medische factoren en kan op grond daarvan een 'risicogroep' worden geïdentificeerd? Met het recent verschenen scenariorapport 'Kanker in Nederland' als handvat gaat een vijftal onderzoekers nader op die vragen in.*

onverzekerde medische kosten; 2. andere uitgaven ten gevolge van de ziekte; en 3. vermindering van inkomsten. Zij vonden dat de ziekte de onderzochte patiënten alles bij elkaar genomen gemiddeld 16% van hun inkomen kostte (1.676 dollar over zes maanden). De helft hiervan werd veroorzaakt door een vermindering van inkomsten, een kwart door extra uitgaven en een kwart door ziektekosten. De kosten hingen vooral samen met het aantal opgenomen dagen en het aantal polikliniekbezoeken². Patiënten die poliklinisch chemotherapie kregen kostte dit tijdens de behandelingsweken gemiddeld 73 dollar per week en tijdens de rustweken gemiddeld 46 dollar per week. Transport, voedsel (maaltijden onderweg en speciaal voedsel vanwege de toestand van de patiënt) en kleding waren de belangrijkste bronnen van extra kosten³.

Vanzelfsprekend zijn de kosten die een kankerpatiënt vanwege zijn ziekte en behandeling maakt afhankelijk van het ter plaatse geldende verzekeringssysteem. Het Nederlandse systeem lijkt op dit moment goed te zijn. Echter, ook het kleine aantal onderzoeken waarin aandacht is besteed aan de financiële gevolgen van kanker in de Nederlandse situatie duidt

op het bestaan van belangrijke kosten en een vermindering van inkomsten bij veel patiënten. Patiënten met de ziekte van Hodgkin en met andere hematologische aandoeningen bleken in de helft van de gevallen nadelige financiële gevolgen van de ziekte te ondervinden^{4,5}. Deze patiënten hadden extra kosten voor reizen, aangepast eten, aangepaste kleding en gezinshulp. Daarnaast was er sprake van een vermindering van inkomsten doordat ze van een uitkering moesten gaan leven, doordat ze geen promotie meer konden maken, door een noodzakelijke verandering van werk of doordat ze niet zoals voorheen extra werk konden doen. Bovendien kregen deze patiënten te maken met problemen bij het afsluiten van hypotheek en verzekeringen. Tenslotte is gebleken dat een groot aantal patiënten met andere vormen van kanker ten gevolge van hun ziekte arbeidsongeschikt is geworden⁶.

VRAAGSTELLING

Vanwege het gebrek aan kennis over de financiële gevolgen van de behandeling van kanker voor patiënten in Nederland is een nadere analyse gedaan van onderzoekmateriaal dat is verzameld bij kankerpatiënten in het kader van een breder onderzoek naar de kwaliteit van hun leven. Alhoewel ook hier geen sprake is van een uitputtend onderzoek naar de 'materiële neveneffecten' van kanker en kankerbehandeling, kan er wel een indruk worden gekregen van de extra kosten die patiënten die geopereerd worden of cytostatica krijgen op moeten brengen. De vragen die in dit artikel zullen worden behandeld zijn:

1. Hebben kankerpatiënten extra kosten ten gevolge van hun ziekte en behandeling en is het moeilijk voor hen deze kosten op te moeten brengen?
2. Door welke posten worden deze kosten veroorzaakt?
3. Hangt de financiële belasting samen met biografische of medische factoren en kan op grond daarvan een 'risicogroep' worden geïdentificeerd?

METHODEN

In het kader van een onderzoek naar de kwaliteit van het leven zijn twee groepen

* J. de Haes, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden;
W. van den Heuvel, Instituut voor Medische Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen;
D. Bakker, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden;
M. Nooy, Academisch Ziekenhuis Leiden;
K. Welvaart, Academisch Ziekenhuis Leiden.

kankerpatiënten onder behandeling onderzocht. De eerste groep bestond uit 152 opeenvolgende, voor het eerst voor een kwaadaardige aandoening geopereerde patiënten. In de week na hun ontslag uit het ziekenhuis is hen een vragenlijst met een begeleidend schrijven van de behandelend specialist toegestuurd. Van deze groep stuurden 109 patiënten (72%) de vragenlijst – gemiddeld vier en een halve week na de operatie – ingevuld terug. Deze groep bestond voor 72,5% uit vrouwen en voor 25,5% uit mannen. De leeftijd liep van 23 tot 86 jaar (gemiddeld 57 jaar). Ook aan 133 patiënten die cytostatica kregen werd een vragenlijst met begeleidend schrijven toegestuurd. Van deze groep stuurden 108 patiënten (81%) de lijst ingevuld terug. Deze patiënten hadden gemiddeld 4 cytostaticakuren achter de rug. Deze groep bestond voor 67% uit vrouwen en voor 33% uit mannen. De leeftijd liep van 16 tot 78 jaar (gemiddeld 51 jaar).

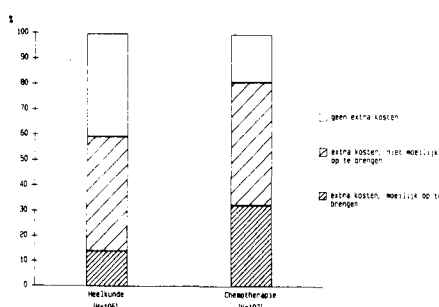
De vragenlijst was grotendeels voorgestructureerd. Ten aanzien van de financiële gevolgen van behandeling werd gevraagd of men ten gevolge van de ziekte of behandeling extra kosten had gehad en, zo ja, waarvoor die kosten waren gemaakt en of die kosten moeilijk waren op te brengen. De vraag naar extra kosten is omgezet in een maat voor financiële belasting (1 = geen extra kosten; 2 = extra kosten, niet moeilijk op te brengen; 3 = extra kosten, moeilijk op te brengen) om samenhangen te kunnen berekenen.

RESULTATEN

Extra kosten

In de eerste plaats is bekeken hoe groot de groep heilkunde- en chemotherapiepatiënten was, die aangaf extra kosten te moeten maken. De antwoorden op deze vraag zijn grafisch weergegeven in *figuur 1*. Ruim tweederde (70%) van de onderzochte patiënten gaf aan dat er extra kosten waren gemaakt. Van de geopereerde patiënten zei 59% extra kosten te hebben moeten maken voor ziekte en behandeling. Bij de chemotherapiepatiënten was dit 81%. Op de vraag of de kosten moeilijk waren op te brengen antwoordde bijna een kwart (23%) bevestigend. Eén op de zeven heilkunde- en chemotherapiepatiënten (14%) had moeite om de extra kosten op te brengen. Van de chemotherapiepatiënten had eenderde (33%) moeite om de extra kosten voor ziekte en behandeling op te brengen. De behande-

Figuur 1. Het percentage patiënten dat aangeeft al dan niet moeilijk op te brengen kosten te hebben ten gevolge van ziekte en behandeling.



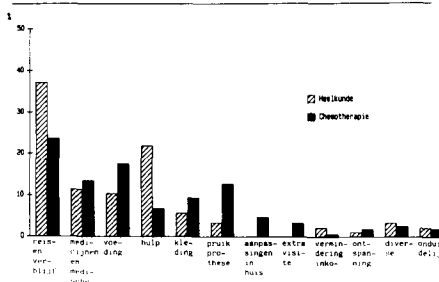
ling met cytostatica bracht een grotere financiële belasting met zich mee dan de chirurgische behandeling ($p < .01$).

Kostenposten

In de tweede plaats is nagegaan voor welke posten patiënten deze extra kosten moesten maken. Hiertoe zijn antwoorden op de gestelde open vraag ingedeeld in categorieën door twee beoordelaars (JdH, DB). Bij de genoemde kosten werd een aantal posten duidelijk vaker genoemd:

reis- en verblijfkosten. Hieronder vallen reiskosten van en naar het ziekenhuis voor patiënten en familieleden, verblijf in hotels en buitenshuis moeten eten; **kosten voor medicijnen en behandeling.** Hieronder vallen eigen bijdragen voor medicijnen, homeopathische middelen en niet-verzekerde kosten voor huisarts, verblijf in ziekenhuis, bestraling en alternatieve geneeskundige hulp; **extra kosten voor voeding.** Hieronder vallen dieetkosten, extra fruit, vitamines, 'versterkende middelen' en mineralen;

Figuur 2. Relatieve bijdrage aan het totaal van de verschillende kostenposten voor geopereerde en met chemotherapie behandelde patiënten.



kosten voor hulp worden uitgegeven omdat men extra hulp in de huishouding, gezinshulp of extra personeel in een eigen zaak moet inschakelen; **kosten voor kleding** worden gemaakt voor nachtkleding in het ziekenhuis en nieuwe kleding omdat de vroegere na de behandeling met cytostatica (door gewichtsverlies) niet meer past; **kosten voor pruiken** worden gemaakt door cytostatica- en **kosten voor protheses** door heilkunde- en chemotherapiepatiënten.

Hiernaast werd nog een aantal minder voorkomende posten genoemd als: aanpassingen in huis, kosten die gemaakt worden omdat men meer visite krijgt, vermindering van inkomsten (bijvoorbeeld het sluiten van een eigen zaak), extra kosten voor ontspanning en een aantal losse posten zoals de telefoon, extra wasgoed of een onregelmatiger leven. Ook zijn soms bedragen genoemd, zoals: f 300 per week of f ± 2000. Vervolgens is bekeken welke posten door de patiënten uit beide groepen werden genoemd. De resultaten hiervan zijn weergegeven in *figuur 2*.

Bij heilkunde- en chemotherapiepatiënten waren het vooral de reis- en verblijfkosten, benodigde hulp in huis en op het werk en onvergoede medische zorg en voeding die extra kosten met zich mee brachten. Bij de chemotherapiepatiënten waren het vooral reizen en voeding en in mindere mate onvergoede medische zorg, pruiken en kleding, waarvoor zij extra kosten moesten maken.

Risicogroepen

In de derde plaats is bekeken of op grond van biografische of medische variabelen kan worden voorspeld welke patiënten risico lopen meer of minder last te hebben van de financiële gevolgen van de behandeling.

Bij de geopereerde patiënten was er geen verband tussen de leeftijd, het geslacht, de opleiding, het hebben van een baan en de burgerlijke staat aan de ene kant en de financiële belasting ten gevolge van de behandeling aan de andere kant. Wel hadden patiënten met kinderen zwaardere financiële lasten (Kendall's tau = .15, $p < .05$). Met medische variabelen, zoals de tijd sinds opname of operatie of de prognose hingen de kosten niet samen. Wel gaven patiënten die ook bestraald zijn een hogere financiële belasting aan (tau = .18, $p < .05$).

Het beeld bij de chemotherapiepatiënten komt hiermee sterk overeen. Patiënten met kinderen (tau = .25, $p < .01$) en pa-

tiënten die ook zijn bestraald ($\tau = .22$, $p < .05$) liepen meer risico extra kosten te hebben en die moeilijk op te kunnen brengen. Bij deze groep patiënten was het bovendien zo dat patiënten die geen baan hadden vaker aangaven (hoge) kosten te hebben. Noch de prognose, noch andere door ons onderzochte kenmerken van de behandeling, zoals de zwaarte van de cytostaticakuren of het aantal ondergane kuren, bleken verband te houden met de aangegeven financiële belasting.

DISCUSSIE

Aangezien het grootste deel van de Nederlandse bevolking is verzekerd tegen ziektekosten zou de indruk kunnen bestaan dat, afgezien van het op moeten brengen van de ziektekostenverzekeringspremie, geen financiële problemen met ziekte verbonden zijn. De hier beschreven onderzoekresultaten zijn dan ook ten dele onverwacht. Ziekte brengt meer kosten met zich mee dan de kosten verbonden aan het verzekerd zijn. Uit dit onderzoek bleek dat de helft van een groep pas geopereerde kankerpatiënten en viervijfde deel van een groep patiënten die met cytostatica waren behandeld extra kosten hadden ten gevolge van hun ziekte of behandeling. De omvang van die kosten hoeft dan nog niet groot te zijn. Echter, tot onze verrassing werden niet alleen soms grote bedragen genoemd, maar gaf niet minder dan eenderde van de chemotherapiepatiënten aan die kosten moeilijk op te kunnen brengen. In het licht van de adviezen van de commissie-Dekker worden deze bevindingen extra relevant. Reeds nu heeft de kankerpatiënt extra kosten om zijn behandeling

te kunnen ondergaan en om zijn kwaliteit van leven te handhaven. Extra hulpmiddelen, voeding, hulp in huis en bij het werk en kleding zijn posten die duidelijk maken dat patiënten proberen hun leven ondanks hun ziekte zo goed mogelijk vorm te geven. De bevinding dat patiënten die worden bestraald extra belast zijn, doet een 'cumulatie van ellende' voor sommige groepen vermoeden. Als, zoals door de commissie-Dekker is voorgesteld, nog meer geneesmiddelen, ondersteunende voorzieningen en eigen bijdragen die nu nog door de verzekering worden gedekt door de patiënt zelf zullen moeten worden bekostigd, wordt het hebben van kanker wellicht ook financieel niet of moeilijk te dragen. Er kan in dit verband niet meer van prikkels zoals bedoeld door de commissie worden gesproken. Gekoppeld aan de verwachte toename van het aantal kankerpatiënten tekent zich hier een ernstig probleem af. De kennis omtrent de 'materiële neveneffecten' van ziekte en behandeling is voorlopig té globaal. Het hier beschreven onderzoek levert duidelijke resultaten op, maar is niet uitgebreid genoeg om exact te weten te komen hoe hoog de kosten zijn waarmee de besproken behandelingen gepaard gaan. De antwoorden op een open vraag zijn immers in de regel minder volledig en uitgebreid dan antwoorden op een meer omvangrijke en voorgestructureerde enquête zouden zijn. In de genoemde Amerikaanse onderzoeken heeft men de patiënten gevraagd een dagboek bij te houden waarin het soort kosten en de omvang van de ermee gemoeide bedragen moesten worden aangegeven^{2,3}. Alhoewel de categorieën kosten overeenkwamen met de door ons gevonden kostenposten waren

de bedragen in deze onderzoeken veel hoger. Wellicht zouden, dankzij een verschillend financieringssysteem, de bedragen in de Nederlandse situatie anders uitvallen dan in de Amerikaanse. Het lijkt echter zeer aannemelijk dat bij een systematische behandeling van de nu beschreven categorieën en het vragen naar de bijbehorende bedragen ook hier van een nog veel hogere dan de gesignaleerde kostenlast kan worden uitgegaan. Verder onderzoek in dezen is dan ook geboden. Het gebrek aan aandacht voor de 'patiëntenkant' in het scenariorapport kan zo tevens worden gecompenseerd. □

De auteurs bedanken Dr. J. Burghouts, Dr. J. Keuning, Dr. P. Slee, Dr. H. van Slooten en Prof. Dr. R. Willemze voor hun medewerking aan het onderzoek en Prof. Dr. M. van Nieuwenhuijzen en Drs. R. Tempelaar voor hun opmerkingen op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

1. Bereidheid tot verandering. Rapport commissie-Dekker. Den Haag, 1987.
2. Houts PS et al. Characteristics of patients at risk for financial burden because of cancer and its treatment. *Journal of Psychosocial Oncology* 1985; 3: 15-23.
3. Houts PS et al. Non-medical costs to patients and their families associated with outpatient chemotherapy. *Cancer* 1984; 53: 2388-92.
4. Heuvel WJA van den. Ervaren van patiënten met de ziekte van Hodgkin. Rotterdam: Studiecentrum Sociale Oncologie, 1978.
5. Sie B. Het zit in 't bloed. Afdeling Persoonlijksleer, Universiteit van Amsterdam, 1980.
6. Booy-Venkamp HW. Oncologie en verzekeringsgeneeskunde. 's Gravenzande, 1985.

Het hier besproken onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Koningin Wilhelmina Fonds.

J. J. Baneke. *Studiesucces, persoonlijkheid en stress bij geneeskunde studenten*. Academisch proefschrift Amsterdam, 12 november 1987.

Onze kennis over het medisch onderricht is op belangrijke wijze uitgebreid met de studie van Baneke over studiesucces in de geneeskunde. Steeds nadrukkelijker wordt de opleiding kritisch bekeken uit het oogpunt van rendement. In het boek worden dan ook thans belangrijk te achten aspecten behandeld als het numerieke rendement – de kwantitatieve input-outputratio – over een groot aantal jaren heen, persoonlijkheidsfactoren die bijdragen tot een succesvolle afronding van de studie en de door studenten ervaren spanning tijdens de studie. Om maar met een van de belangrijkste conclusies in het boek te beginnen: geen van de



ministeriële maatregelen van de afgelopen jaren, zoals de Wet op de Tweefasestructuur in 1982 en de numerus fixus in 1974, heeft het grote beoogde succes opgeleverd, hoewel we daarbij voor ogen moeten houden dat de minister toch met de invoering van de twee fasen een jaartje van een aantal doctorale opleidingen heeft afgesnoept. Voor de studenten die in 1982 met de studie zijn begonnen valt volgens verwachting ook geen al te rooskleurig beeld te schetsen. Ook uit ander onderzoek en vooral ook uit berichten uit de krant kan men opmaken dat grote aantallen studenten in de problemen zitten door de bergen tentamens

die zij nog moeten halen om binnen de gestelde termijn van zes jaar de doctoraalbul in hun bezit te krijgen.

Het boek van Baneke gaat echter op meer in dan alleen de kille rendementscijfers. Is studiesucces te voorspellen op basis van een gemiddeld eindexamencijfer? Wat is de rol van persoonlijkheidskenmerken als neuroticisme, intelligentie, geslacht en leeftijd? De belangrijkste voorspeller blijkt het gemiddelde eindexamencijfer, in het bijzonder het punt voor natuurkunde; andere factoren, ook de intelligentie, voorspellen veel minder duidelijk het succes. Let wel! Goede voorspellers voor studiesucces zijn nog geen goede voorspellers voor succes in het latere beroep. In het boek worden (buitenlandse) studies beschreven waaruit blijkt dat uit goede studenten minder goede dokters voortkomen en om-

gekeerd. Een vloeiend verloop van succes in studie in het latere beroep is dus allerm minst een vanzelfsprekende zaak.

Een derde centraal thema dat naast rendement en het voorspellen van studiesucces aan bod komt, is stress onder studenten. Op een vragenlijst konden studenten aangeven in hoeverre zij zich gespannen voelen, studiedruk ervaren, voor hun studie gemotiveerd zijn en zich besluitvaardig voelen in moeilijke situaties; tevens konden zij hun prestaties, in cijfers uitgedrukt, vermelden. Er komt nogal wat spanning voor. Vierdejaars studenten voelen dit meer dan eerstejaars en vrouwelijke studenten rapporteerden meer stress dan haar mannelijke collega's. Met name tijdsdruk in combinatie met informatieoverbelasting, tentamendruk en het leren van louter feitenkennis vormen de belangrijkste aspecten van wat studenten onder stress verstaan. Prestatiedruk, omgaan met ziekte en dood, toekomstige werkloosheid en financiële problemen worden daarentegen opvallend weinig genoemd als stress-bepalende factoren.

Eindconclusie: een uiterst nuttige exploratie, die een goed beeld schetst van belangrijke zaken van en rond de opleiding. Nuttig voor elke opleider, die best een paar pagina's mag overslaan als de theorie over stress wat te uitvoerig wordt of als hij niet is geïnteresseerd in een methodologische verantwoording. En, zoals de auteur schrijft: voor toekomstige onderwijspolitiek kunnen vervolgstudies zeer behulpzaam zijn, waarbij de eerste exploraties van Baneke meer kunnen worden getoetst, met meer strikte eisen aan de gebruikte methodologie. Het zou zeker de moeite waard zijn eens een 'panel' studenten te volgen over een groot aantal jaren.

J. G. M. Gerritsma

Het hierboven besproken proefschrift is verkrijgbaar door overmaking van f 37,50 op postgironummer 4587283 ten name van J. J. Baneke te Scharwoude, onder vermelding van: 'Proefschrift'.

Prof.Dr. H. J. Sluiter, Prof.Dr. H. Deenstra, Prof.Dr. A. Gijssels en Prof.Dr. C. Hilvering (red.). *Leerboek longziekten*. Van Gorcum, Assen, 1985. 769 blz. ISBN 90 232 2081 1. Prijs: f 167,50.

In 1985 is een Nederlandstalig leerboek Longziekten verschenen, 748 bladzijden tekst geschreven door 48, meestal zeer bekende auteurs van Belgische en Nederlandse nationaliteit. Het boek bevat een schat aan gegevens die vrijwel steeds goed bruikbaar zijn voor de longarts en de internist en als naslagwerk kan dienen voor andere artsen en studenten in de geneeskunde. Men kan in het boek een beschrijving vinden van structuur, functie en pathofysiologie, onderzoeksmethoden, ziektebeelden, differentiaaldiagnose, behandelingsmethodieken etc. Zonder moeite zouden deze gegevens in meerdere boeken kunnen worden ondergebracht.

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

De indeling is duidelijk, doch niet steeds logisch. Bij de differentiaaldiagnose, ingedeeld naar klachten, worden ook diffuse longziekten behandeld. Bij de behandelingsmethodieken worden antibiotica en corticosteroiden wel, maar beta-2-sympathomimetica en xantine-derivaten niet behandeld.

Hoewel wij met de gegevens van dit boek jaren voort kunnen, hoop ik dat aan bovenstaande bij een volgende druk aandacht kan worden besteed. Dan kunnen ook de enkele verkeerd afgedrukte röntgenfoto's (pag. 405, 509) juist worden afgedrukt.

Het boek dient aanwezig te zijn in de bibliotheek van iedere longarts en ieder ziekenhuis. De schrijvers verdienen onze dank voor de ongetwijfeld vele tijd die zij aan hun bijdrage hebben besteed.

J. Stam

M. van den Burg – van Walsum, A. W. Chavannes en L. G. M. van Berkestijn. *De dokter in gesprek. Psychosociale hulpverlening door de huisarts*. Serie: Practicum Huisartsgeneeskunde. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht 1988. 102 blz. ISBN 90 6348 294 9. Prijs: f 35,—.

Naarmate een huisarts vaker poogt somatische fixatie te voorkomen komt hij of zij vaker voor de vraag te staan: 'maar wat dan wél?' Eerst is er het karwei om mensen met hoofdpijn, hartkloppingen, vermoeidheid, pijn op de borst bij ontstentenis van een somatische oorzaak duidelijk te maken dat er iets 'anders' aan de hand is. Dan is er nog de vraag hoe als huisarts met dat 'andere' om te gaan, of het nu

relatieproblemen zijn of problemen met jonge kinderen, of het nu gaat om rouwverwerking of surmenage of depressie, om maar een aantal veel voorkomende psychosociale problemen te noemen.

Deze onderwerpen worden in dit boek behandeld aan de hand van typisch huisartsgeneeskundige casuïstiek. Daar tussendoor komen dan ook nog ter sprake: de emancipatie van de gehuwde vrouw (blz. 14), de huisarts als bedrijfsarts van het huishouden (blz. 68 en 79), werkverzuim (blz. 60), intercollegiale patiëntenbespreking (blz. 73 en bijlage blz. 102), onderscheid tussen gewone (psychosociale) en ernstige (psychopathologische problemen) (blz. 38 en 86) en verwijzing naar of consultatie van geestelijke gezondheidszorg (blz. 85 vv.). Al deze onderwerpen worden in slechts 100 bladzijden helder en praktisch behandeld zonder theoretische discussies of gedragswetenschappelijke vaktaal en met een minimum aan literatuurverwijzing. Dit heeft wel tot gevolg dat wordt gesproken in absolutismen (zo is of zo moet dat) en dat er veel wordt gesimplificeerd. De huisartsen die in de casuïstiek ten tonele worden gevoerd moeten wel rijpe mensen zijn met een open en accepterende houding, een uitgebreide ervaring en behoorlijk veel kennis van zaken. Zij zijn er met de auteurs in geslaagd een bruikbare theorie te hanteren, waarbij een sterk accent op de leertheorie opvalt. Het gemis aan een afgewogen basistheorie doet zich duidelijk gevoelen.

Niettemin is dit een onmisbaar eerste boek, waar behalve huisartsen ook internisten veel uit kunnen putten als zij een alternatief zoeken voor te veel sedativa of psychofarmaca. Het is ook een prima handboek voor huisartsenopleiding en -nascholing. Zeer aanbevolen, het vraag naar meer.

Drs. W. A. M. Alting von Geusau

Terminale zorg

Huisarts en kankerpatiënt

1: De voorlichting

Aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) wordt met steun van het Koningin Wilhelmina Fonds een onderzoek uitgevoerd naar de hulp die huisartsen bieden aan patiënten met kanker. Hoofdvragen zijn: a) waaruit bestaat goede hulp van de huisarts aan kankerpatiënten, en b) hoe is het volgens huisartsen in de praktijk met de hulp gesteld? In verband met vraag a is een breed samengesteld panel van patiënten, mensen uit hun naaste omgeving, huisartsen en andere hulpverleners (N=44) drie keer schriftelijk ondervraagd volgens uitgangspunten van de Delphi-methode, en een willekeurige groep huisartsen één keer (N=102; respons = 67%). De resultaten hiervan zijn verwerkt in een check-list met aandachtspunten en discussiepunten voor de huisartsenhulp bij kanker. Ter beantwoording van vraag b is een nieuwe willekeurige groep huisartsen eenmalig schriftelijk ondervraagd over het eigen hulpverlenend handelen (N=90; respons = 60%). In zeven artikelen wordt verslag gedaan van de bevindingen. De onderwerpen van die artikelen zijn: 1) de voorlichting; 2) de invloed van de eigen houding van de huisarts tegenover kanker op de hulp; 3) de medische hulp inclusief de pijnbestrijding; 4) de samenwerking met professionele, vrijwillige en alternatieve hulpverleners; 5) de thuiszorg, inclusief de ondersteuning van de familie van de patiënt; 6) omgaan met vragen om euthanasie; in het 7e artikel worden de resultaten bediscussieerd en wordt een aantal aanbevelingen toegelicht.

Veel dank gaat uit naar degenen die als panellid of als respondent in een van de steekproeven medewerking aan het onderzoek hebben verleend.

M. C. J. Cuisinier,
M. H. van Venrooij en
J. Th. M. van Eijk

Dit artikel gaat over de voorlichting aan de patiënt, inclusief het slecht-nieuwgesprek. Omdat dit artikel het eerste is uit de reeks, bespreken we de voorlichting niet alleen inhoudelijk, maar gaan we tevens wat uitvoeriger in op de werkwijze die we in het onderzoek hebben gevolgd en die we hiernaast kort hebben aangeduid.

Een belangrijk element in de zorg voor kankerpatiënten is de voorlichting. Goede voorlichting kan een tegenwicht bieden tegen de gevoelens van angst en onzekerheid waarmee kanker gepaard gaat en kan patiënten helpen meer greep op hun situatie te krijgen¹⁻³. Een artikel van een patiënte over informatie rond een beenmergtransplantatie, dat onlangs in dit tijdschrift is verschenen⁴, geeft daar een duidelijk voorbeeld van.

In de praktijk wordt de voorlichting aan kankerpatiënten nogal eens gecompliceerd door de negatieve connotaties die kanker heeft. Deze maken dat het hulpverleners soms moeilijk valt patiënten in duidelijke taal te vertellen wat ze manken. Bij geen enkele andere ziekte worden zoveel verhullende termen gebruikt. Daarmee is de kans op onduidelijke voorlichting en op misverstanden bij kanker groot.

BUITENLANDS ONDERZOEK

Uit buitenlands onderzoek komt naar voren dat de houding van artsen tegenover het geven van duidelijkheid aan de patiënt wel sterk is veranderd, vergeleken met enkele decennia geleden⁵. Daarnaar gevraagd, zei nu de grote meerderheid van de ondervraagde artsen dat zij als uitgangspunt hebben dat kankerpatiënten hun diagnose te horen dienen te krijgen. Jaren eerder bleek slechts een zeer kleine minderheid die mening te zijn toegedaan. Bevindingen als deze zeggen

echter nog niet hoe het momenteel in de praktijk toegaat⁶: in hoeverre openheid wordt gegeven en – de keerzijde van de medaille – of de veranderde houding niet voert naar een andere valkuil: het klakkeloos geven van informatie aan patiënten die dat niet op prijs stellen.

We gaan in dit artikel in op twee vragen: a) de vraag uit welke elementen goede voorlichting aan patiënten met kanker bestaat; en b) de vraag in hoeverre die voorlichting volgens huisartsen in de praktijk inderdaad wordt gegeven. Hoewel in het onderzoek een brede omschrijving van 'voorlichting' wordt aangehouden, gaat het in dit artikel om voorlichting in de meer beperkte zin van 'de inhoud en de overdracht van informatie'. Verschillende voorwaarden voor goede voorlichting (bijvoorbeeld het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie met de patiënt) zijn wel onderzocht, maar blijven hier buiten beschouwing.

WERKWIJZE

In verband met onderzoeksvraag a is eerst in een literatuurstudie nagegaan wat er aan theoretische en empirische gegevens en aan ideeën over de voorlichting bij kanker voorhanden is. Deze inventarisatie leverde in zekere zin al een antwoord op de gestelde vraag. Een probleem hierbij was, dat de aangetroffen gegevens erg heterogeen van aard waren: er zaten bevindingen uit systematisch onderzoek bij, maar bijvoorbeeld ook gedachten en ideeën van één persoon. Het is dan niet duidelijk hoe daar meer algemeen over wordt gedacht en hoe zwaar die informatie dus moet wegen. Een panel-onderzoek kan daar meer zicht op geven⁷.

Het in dit onderzoek gebruikte, breed samengestelde panel van patiënten en hulpverleners kreeg het verzoek zich in een drietal vragenrondes te buigen over een voorlopige lijst met aandachtspunten voor de voorlichting door de huisarts, die op basis van de literatuurstudie was opgesteld. In de eerste ronde diende men te beoordelen van hoeveel belang men allerlei punten voor goede voorlichting bij kanker vindt; dit met argumenten toe

te lichten; en zo mogelijk aanvullingen te geven. Aan het begin van de tweede ronde, enkele maanden later, kreeg men feed-back over de antwoorden die de eerste ronde had opgeleverd en werd doorgevraagd over punten die omstreden bleken te zijn. Punten waar grote overeenstemming over bestond werden even terzijde gelegd. Hetzelfde gebeurde in de derde en tevens laatste ronde. Een voorbeeld kan de werkwijze verduidelijken:

In de eerste ronde was een groot aantal algemene vragen over de voorlichting bij kanker gesteld. Daarnaast werd gevraagd, of in een volgende ronde expliciet aandacht moest worden gegeven aan een specifiek voorlichtingsthema, het slecht-nieuwsgesprek. Omdat het panel dat inderdaad gewenst vond, zijn in de tweede ronde verschillende uitspraken hierover voorgelegd.

De eerste uitspraak bleek het meeste verschil van mening op te roepen. Deze uitspraak luidde: 'Als de huisarts een patiënt slecht nieuws moet meedelen, kan hij het best direct in de eerste zinnen zeggen wat hij te zeggen heeft.' Hiermee was 60% van het panel het eens. In de uitspraak wordt rekening gehouden met enkele principes in de voorlichtingskunde, namelijk dat men zoveel mogelijk dient aan te sluiten bij wat de patiënt het meest bezighoudt en dat men het best het belangrijkste het eerst kan vertellen. Verder doelden we met de uitspraak op de situatie van de patiënt die al weet of beseft dat hij een ongunstige boodschap te horen kan krijgen. Het commentaar van het panel duidde aan dat dit laatste ten onrechte niet in de uitspraak tot uitdrukking kwam. De uitspraak werd als veel te abrupt beleefd.

Voor de derde ronde is toen de volgende herformulering gemaakt: 'Komt een patiënt bij de huisarts om een mogelijk ongunstige uitslag van onderzoek te vernemen, dan dient de huisarts niet eerst over andere dingen te gaan praten.' Hiermee bleek 80% van het panel te kunnen instemmen.

Het panel-onderzoek leverde voor de voorlichting een aantal aandachts- en discussiepunten op. Deze zijn verwerkt in een algemene check-list voor de huisartsenhulp bij kanker. (De check-list, inclusief een literatuurlijst, is opvraagbaar bij de auteurs.) Een selectie van de punten uit de check-list is ook nog eens ter beoordeling voorgelegd aan een willekeurige gekozen groep huisartsen, om zo

een indruk te krijgen van de mate waarin de mening van het panel meer algemeen wordt onderschreven. Daarna heeft een nieuwe, aselekt gekozen groep huisartsen aangegeven hoe zij in de praktijk op allerlei punten handelen. De geschetste praktijk van de voorlichting kan daardoor met de gewenste voorlichting worden vergeleken.

BEVINDINGEN

Inhoud van de voorlichting

Over welke aspecten van ziekte en behandeling dienen patiënten volgens het panel in principe voorlichting te krijgen? Eerst zijn verschillende onderwerpen voorgelegd die rechtstreeks de ziekte en de behandeling betreffen.

De meeste panelleden bleken het altijd of meestal nodig te vinden dat bij (verdenking op) kanker voorlichting wordt gegeven over:

- het diagnostisch onderzoek;
- pijn/ongemak van het diagnostisch onderzoek;
- de diagnose;
- de behandeling;
- de kans op vervelende bijverschijnselen van de behandeling; en
- de gevolgen van de behandeling voor het dagelijks leven.

In mindere mate vindt men dat voor:

- het verwachte resultaat van de behandeling;
- de kans op genezing; en
- het toekomstperspectief.

De mening van het panel wordt op verschillende punten gedeeld door de huisartsen die hierover zijn ondervraagd. Op het punt van de diagnose lijken de huisartsen echter wat hun eigen rol betreft een meer terughoudende positie in te nemen. Terwijl 83% van het panel vindt dat kankerpatiënten in principe hun diagnose te horen dienen te krijgen, vindt maar 60% van de huisartsen het (zeer) gewenst dat de huisarts bevordert dat dit ook gebeurt; 33% vindt het 'gewenst noch ongewenst' en 6% vindt het ongewenst. De gegevens wijzen erop dat velen vinden: er is veel voor te zeggen de diagnose te vertellen, als daar in de situatie van individuele patiënten geen tegenindicaties voor zijn; men toont zich bevreesd voor het geven van informatie waar de patiënt misschien niets mee kan.

Naarmate het onderwerp meer beladen en de onzekerheid groter wordt, lijkt de noodzaak tot het geven van voorlichting

minder te worden onderschreven. Vooral over twee onderwerpen was er zowel in het panel als bij de huisartsen veel verschil van mening. Die onderwerpen waren:

- informatie over wat een patiënt misschien mankeert (op het moment dat de huisarts wel vermoedens maar geen zekerheid heeft); en
- informatie over de tijd die een ernstig zieke kankerpatiënt waarschijnlijk nog te leven heeft.

Bij het eerste punt hadden we het panel letterlijk gevraagd waar men voor kiest: meedelen van een verdenking op kanker, ook al maakt men de patiënt dan misschien ten onrechte ongerust, of achterhouden van die verdenking, ook al sust men dan misschien ten onrechte de ongerustheid van een patiënt. De meerderheid was voor het eerste alternatief, maar degenen die het tweede alternatief kozen waren vaak nadrukkelijk tegen het eerste.

Nog problematischer bleek het tweede punt: Over het hele panel heen gezien vinden de meesten, dat de huisarts een patiënt die vraagt naar de tijd die hij of zij waarschijnlijk nog heeft te leven, iets over aanwezige slechte vooruitzichten zou moeten zeggen. Minder dan de helft vindt dat de huisarts er uit zichzelf iets over zou moeten zeggen. Nog minder panel-leden vinden dat de huisarts die iets over de vooruitzichten zegt, daarbij een waarschijnlijkheidstermijn zou moeten noemen; één van de huisartsen noemt het een kunstfout dit te doen, omdat hierover geen enkele zekerheid bestaat.

Er zijn nog verschillende andere onderwerpen, waaronder meer praktische, voorgelegd, met de vraag of huisartsen daarover informatie zouden moeten geven. Het voert te ver die hier allemaal te bespreken. We noemen er een paar: De meesten vinden het een goede zaak, als kankerpatiënten worden geïnformeerd over het bestaan van patiëntenverenigingen. Sommigen blijven hier enigszins gereserveerd tegenover staan; dit geldt voor enkele hulpverleners in het panel en voor een kwart van de huisartsen in de steekproef. De meesten vinden ook dat kankerpatiënten in voorkomende gevallen op de hoogte moeten worden gesteld van de mogelijkheden andere hulpverleners of vrijwilligers in te schakelen.

Hoe handelen huisartsen, naar ze zelf meedelen, op verschillende punten in de praktijk?

Het blijkt, dat informatie die overwegend als gewenst wordt gezien lang niet altijd wordt gegeven. In tabel 1 staat aangegeven hoe het in dit opzicht met verschillende van de eerder vermelde onderwerpen is gesteld. De vermelde percentages zijn steeds berekend over degenen die de betreffende vraag hebben beantwoord; dat is praktisch steeds iedereen. De uitslag geeft te denken: de praktijk, zoals de huisartsen die beschrijven, blijft duidelijk achter bij wat als gewenst wordt gezien.

Wijze van informatie-overdracht

Een apart onderwerp vormde de wijze van informatie-overdracht. Het ging hier om punten die aangeven hoe voorlichting het best kan worden gegeven, wil ze overkomen bij de patiënt. Voorbeelden van dergelijke punten zijn onder meer: niet te veel informatie tegelijk geven, duidelijke taal spreken, en onderzoeken of de informatie aanslaat. Verschillende van deze punten komen uit de voorlichtingskunde. Van sommige ervan is het belang zo evident, dat we achterwege hebben gelaten ze op wenselijkheid te laten beoordelen door panel en steekproef. Deze punten zijn alleen voorgesteld aan de huisartsen die zijn onderzocht over hun handelen in de praktijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor de volgende uitspraken: 'Als de huisarts een kankerpatiënt wil voorlichten, dient hij ervoor te zorgen dat er even rustig kan worden gepraat' en: 'Als de huisarts een kankerpatiënt een advies geeft, dient hij te onderzoeken of de patiënt dat advies kan opvolgen.'

In tabel 2 is te zien hoe de onderzochte huisartsen op verschillende punten die als gewenst kunnen worden beschouwd in de praktijk zeggen te handelen.

Ook de uitkomsten in tabel 2 geven te denken. Afgaande op wat huisartsen zelf aangeven, wordt de voorlichting aan patiënten met kanker lang niet altijd op een voldoende systematische en effectieve manier gegeven.

Tot slot willen we kort stilstaan bij het slecht-nieuwsgesprek. Over dit speciale voorlichtingsthema zijn verschillende uitspraken voorgesteld⁸.

Het meest verschillend werd gedacht over een eerder aangestipt uitgangspunt, dat men in het slecht-nieuwsgesprek niet om de hete brij heen moet draaien. In de uiteindelijke formulering (zie de paragraaf 'Werkwijze' hiervóór) konden de

Tabel 1. Inhoud van de voorlichting. Percentages huisartsen die zeggen 'zeker wel' of 'wel' informatie over de aangeduide onderwerpen te geven (N=90).

diagnostisch onderzoek	81%
pijn/ongemak ervan	61%
de diagnose	58%
gevolgen behandeling voor dagelijks leven	56%
mogelijkheid inschakeling andere hulpverleners	83%
mogelijkheid inschakeling vrijwilligers	25%
bestaan patiëntenverenigingen	36%
(66% als patiënt erom vraagt)	

Tabel 2. Wijze van informatie-overdracht. Percentages huisartsen die zonder voorbehoud zeggen het beschrevene te doen (N=90).

zorgen dat er even rustig kan worden gepraat	91%
eerst ingaan op wat de patiënt het meest bezighoudt	74%
dingen bij de naam noemen (kanker 'kanker' noemen)*	69%
controleren of je als huisarts de patiënt goed begrijpt	66%
controleren of de patiënt jou goed begrijpt	63%
onderzoeken of patiënt advies kan opvolgen	57%
voorlichting op patiëntenkaart registreren*	31%

* Deze items zijn op wenselijkheid beoordeeld, de overige niet.

meeste panelleden zich vinden. Van de hierover ondervraagde huisartsen onderschreef een kleine meerderheid (bijna 60%) de mening van het panel. Van de huisartsen die over hun eigen handelwijze zijn ondervraagd, gaf maar net de helft zonder voorbehoud aan dat zij handelen zoals in de uitspraak staat. Op grond hiervan mag worden verwacht dat op dit punt in de praktijk waarschijnlijk nogal uiteenlopend te werk wordt gegaan.

Met de verschillende andere richtlijnen voor het brengen van slecht nieuws werd vrijwel algemeen ingestemd. Men vindt onder meer dat slecht nieuws op een medelevende, maar duidelijke manier moet worden gebracht, dat er een mogelijkheid voor een vervolgesprek moet worden geboden en dat men de patiënt de kans moet geven zijn of haar gevoelens en emoties te uiten. Naar de onderzochte huisartsen zelf aangeven, wordt hier in de praktijk niet altijd aan voldaan.

CONCLUSIES

Welke conclusies kunnen nu uit dit alles worden getrokken?

Bij het onderzoek ging het in feite allereerst om de vraag, in hoeverre het mogelijk is algemene aandachtspunten voor de voorlichting bij kanker te formuleren zonder afbreuk te doen aan een eerste vereiste, namelijk dat de voorlichting dient te worden afgestemd op de individuele patiënt. In het onderzoek bij het panel en de eerste steekproef van huis-

artsen is gebleken dat het opstellen van dergelijke aandachtspunten in redelijke mate mogelijk is: voor verschillende onderwerpen konden op basis van de literatuur en ervaringsgegevens uitspraken worden geformuleerd waarmee grote instemming bleek te bestaan.

Op basis van wat de huisartsen in het onderzoek over de praktijk van hun voorlichting aan patiënten met kanker zeggen, kan in verband met de tweede onderzoeksvraag worden geconcludeerd dat die voorlichting in de praktijk waarschijnlijk lang niet optimaal verloopt; dit geldt zowel voor de inhoud van de voorlichting als voor de wijze waarop ze wordt gegeven. Tegelijk komt uit het onderzoek de indruk naar voren dat verschillende huisartsen interesse hebben, of langzamerhand gekregen hebben, in het verbeteren van de voorlichting en dat sommigen zich daar daadwerkelijk voor inzetten. Een indruk is ook, dat men het effect van dergelijke inspanningen soms te positief schat, in de zin van: we doen ons best, dus het moet wel goed zijn. Het kan echter pas goed zijn, als er voldoende inzicht bestaat in de voorwaarden waaraan voorlichting moet voldoen, wil ze de patiënt werkelijk bereiken, en als men voldoende voorlichtingsvaardigheden ter beschikking heeft. Aan beide voorwaarden wordt momenteel zeker nog niet algemeen voldaan. Tot voor kort werd aan deze zaken in de opleiding ook niet zoveel aandacht besteed. Speciaal in verband met kanker komen daar allerlei emotionele reacties bij, die de voorlichting bemoeilijken. Men kan ertoe neigen patiënten tegen ongunstige berichten te beschermen, omdat men ervan uitgaat dat de patiënt zo'n bericht niet verdraagt, maar, zoals een patiënt in ons onderzoek ook opmerkte: artsen beschermen daarmee soms vooral zichzelf (vgl. ook Rosser & Maguire⁹).

Op grond van de resultaten zouden we willen pleiten voor het verruimen van de aandacht voor en de discussie over de voorlichting aan patiënten met kanker in de huisartsopleiding. Nu de opleiding langer wordt, wordt dat ook beter mogelijk. We zouden er ook voor willen pleiten dat patiënten rechtstreeks bij die discussie worden betrokken. In het kader van de opleiding is het van belang, dat men:

- kennis neemt van de resultaten van onderzoek op dit terrein, zoals onderzoek naar de informatiebehoeften van patiënten, naar de effecten van patiëntenverenigingen en dergelijke;

- leert hoe goede voorlichting er in theorie uitziet; en
- voorlichtingsvaardigheden systematisch oefent. □

Literatuur

1. Borne HW van den, Pruyn JFA. Lotgenotencontact bij kankerpatiënten. Dissertatie. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1985.

2. Jacobs C, Ross RD, Walker JM, Stockdale FE. Behavior of cancer patients: A randomized study of the effects of education and peer support groups. *Am J Clin Oncol (CCT)* 1983; 6:347-50.

3. Nylenna M. The general practitioner and information to cancer patients. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3:35-8.

4. Alewijnse-Poelman L, Hamulyák K. Ervaringen met informatie rond een beenmergtransplantatie. *Medisch Contact* 1987; 30:935-9.

5. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physician's attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA*: 1979; 241:897-900.

6. Cuisinier M, Eijk J van, Jonkers R, Dokter H. Psychosocial care and education of the cancer patient: strengthening the physician's role. *Pat Educ Couns* 1986; 8:5-16.

7. Linstone HA, Turoff M (eds). *The Delphi Method. Techniques and Applications*. Reading Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1975.

8. Gribnau J. Sterven thuis. In: *Rondom het sterven. Verslag van een studiedag 'Geloof, ethiek, praktijk' van het Thijmgenootschap*, 1985.

9. Rosser JE, Maguire P. Dilemmas in general practice: the care of the cancer patient. *Soc Sc Med* 1982; 16:315-22.

PATIËNTENPERIKELLEN

Geen gezicht

Sinds wij twee jaar een dubbelgehandicapt pleegdochtertje in huis hebben, is haar medische toestand stabiel en goed. Zij is afgelopen november drie jaar geworden. Zij is geboren met het syndroom van Down en aan beide ogen cataract. Haar ouders hoorden direct na de geboorte dat zij een mongooltje was en hebben afstand van haar gedaan. Na drie weken in het ziekenhuis is zij naar een kindertehuis gegaan. In haar achtste maand is ze bij ons in huis gekomen.

Het bleek dat ze een hele erge nystagmus had. Hoe deze nystagmus kwam, cerebraal of door een andere oorzaak, is pas onderzocht toen ze zes maanden oud was en nog steeds helemaal nergens op reageerde en qua ontwikkeling een pasgeboren baby was. Met zes maanden is zij pas naar de oogarts geweest; deze adviseerde om haar te druppelen met pupilverwijdende druppels; oogonderzoek was bijna niet mogelijk (horizontale nystagmus). Na een maand reageerde ze nog niet visueel en de oogarts zag dat ze staar aan beide ogen had. In haar achtste maand is ze vier keer poliklinisch aan beide ogen geholpen (lensexirpatie). Daarna bleek dat er in een oog maar een héél klein 'gaatje' zat. In haar vijftiende maand is ze met succes aan de nastaar geopereerd; het oog zat toen helemaal dicht.

Na de staaroperaties begon héél langzaam de ontwikkeling op gang te komen.

Uit deze geschiedenis blijkt dat er niet al te veel haast wordt gemaakt met mongolen; 'gewone' kinderen worden namelijk vóór hun tweede levensmaand geopereerd – terwijl mongolen zich toch al moeilijker ontwikkelen en het meer van imiteren moeten hebben.

Nu de eigenlijke aanleiding voor dit perikel: twee verschillende behandelende oogartsen wilden verder géén contactlenzen voor haar voorschrijven; reden:

- Mongolen kunnen toch niet leren lezen en schrijven, dan heb je geen goede visus nodig.
- Voor mongolen is dat toch niks. Ze willen niet zien! Logisch: als je nooit iets hebt gezien, weet je niet wat het zintuig zien is!

Na echt héél veel moeite gaf de verzekering een brief dat de lenzen zouden worden betaald. De voogdijvereniging schreef een brief of het in ieder geval kon worden geprobeerd. Maar bij de oogarts bleef het neen.

Na een bezoek aan de orthoptist in verband met een afplakprogramma in verband met de enorme scheelheid, werd besloten dat ze dan maar lenzen moest. De orthoptist vond het zinloos bij zo'n slechte visus en optiek beide ogen af te plakken. De sterkte van de lenzen bleek + 17.5 te moeten zijn.

Toen ze vijftien maanden oud was, kreeg ze haar eerste lenzen. Waarom zou dit voor een mongool niets zijn? Zit een 'gewoon' kind van die leeftijd nooit in zijn ogen te wrijven? Begrijpt een 'gewoon' kind waarom het niet in zijn ogen mag zitten?

Wel een probleem was, dat ze een geweldig trauma had van de operaties en het langdurig druppelen van haar ogen: Vóór, tijdens en na de operaties, in totaal drie maanden, met agressieve oogdruppel, te weten Fenylfrine, tobrex en atropine.

Na anderhalve week hilde ze niet meer tijdens het inzetten en na een maand werkte ze prima mee.

De lenzen zijn zogeheten softlenzen. Als ze naar bed gaat, haal ik ze eruit, want anders 'plakken' ze aan de dekens.

Sinds de lenzen kwam haar ontwikkeling goed op gang. Met 24 maanden maakte ze bijvoorbeeld zelf voor het eerst oogcontact. Welnu, zonder lenzen was dat nooit gelukt. Ze heeft zich zo goed ontwikkeld dat ze op het ogenblik zelf kan: eten, boekjes (plaatjes) oplezen (Dick Bruna), zelf spelen, loslopen (niet stilstaan), meer dan dertig woorden duidelijk zeggen, en nog veel meer – dingen die ze nooit had geleerd als ze haar visus niet had kunnen ontwikkelen.

Daarom het dringende verzoek ook meervoudig gehandicapte kinderen optimaal te behandelen en ze in ieder geval een kans te geven en het te proberen.

Omdat ons bleek dat er bijna geen ervaring is met baby's met lenzen en ook het wel en wee van de lenzen door onszelf moest worden uitgezocht, heb ik een beschrijving gemaakt hoe het in- en uithalen van lenzen bij een baby het makkelijkst gaat. Mocht er interesse zijn, dan wil ik graag deze beschrijving kopiëren.

Korte door patiënten geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Arts en recht

Specialist mede verantwoordelijk voor gang van zaken op afdeling

Drie uitspraken van het Centraal Medisch Tuchtcollege

Hoewel deze drie uitspraken op onderdelen van elkaar verschillen, hebben zij alle een belangrijke organisatorische component.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege oordeelt dat de betrokken patholoog-anatoom mede verantwoordelijk is voor de organisatie van het laboratorium alsook voor de communicatie met de aanvragende gynaecoloog. Het feit dat hij onvoldoende kwalitatief toezicht heeft gehouden is reden voor het opleggen van een waarschuwing.

In de tweede uitspraak wordt de aangeklaagde gynaecoloog mede verantwoordelijk geacht voor het gebrek aan continuïteit van zorg bij de behandeling (tijdens 42 consulten over een termijn van tien jaar zag patiënte 9× een staflid (waarvan 3× verweerder) en voorts vele arts-assistenten), voor de organisatie van de afdeling en voor het onvoldoende contact tussen de gynaecoloog en de patholoog-anatoom. Het CMT merkt overigens op dat verweerder hiervoor niet alleen verantwoordelijk was.

De derde uitspraak, die een ander ziekenhuis en een andere patiënt betreft, stelt de chirurg mede verantwoordelijk voor de organisatie van de chirurgische afdeling waarin het niet gebruikelijk is patiënten met collumfracturen buiten het operatieschema om versneld te opereren.

De lering die uit deze uitspraak kan worden getrokken is, dat de individuele specialist in vergaande mate medeverantwoordelijk en aansprakelijk is voor het reilen en zeilen van de afdeling waarop hij werkzaam is, niet alleen wat zijn eigen werkzaamheden betreft maar evenzeer wat de organisatorische kant van de zaak, voor zover van belang voor de patiëntenzorg, betreft. Hij kan zich niet disculperen met een beroep op de verantwoordelijkheid van anderen – gezien de steeds complexer wordende ziekenhuisorganisatie een ontwikkeling welke aandacht verdient.

Mr. W. R. Kastelein
Dr. C. Spreeuwenberg

I

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door L, wonende te V, klagster/appellante, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te V van 17 november 1986 (door appellante ontvangen op 23 december 1986), waarbij haar klacht tegen B, patholoog-anatoom, wonende te V, verweerder, is afgewezen.

Gezien de stukken, waaronder de beroepen beslissing met de daarin vermelde stukken, het proces-verbaal van de zitting van het college in eerste aanleg van 28 oktober 1986, het beroepschrift van 19 januari 1987, het verweerschrift van 19 februari 1987 en een nadere memorie van klagster d.d. 6 oktober 1987.

Gehoord ter zitting van het Centraal College van donderdag 12 november 1987 partijen, appellante bijgestaan door Mr. Q, advocaat te V, alsook als deskundigen Prof. Dr. S., hoogleraar in de pathologische anatomie te C, door het Centraal College opgeroepen, en Mw. Dr. P, patholoog-anatoom, cytologie, woonachtig te Z, op verzoek van appellante.

Overwegende:

1. Het beroep is tijdig ingesteld en met instemming van partijen samen behandeld met het beroep tegen de gynaecoloog X.
2. Op grond van de overlegde stukken en hetgeen ter terechtzitting is aangevoerd, kan van de volgende feiten worden uitgegaan:
 - Verweerder is als patholoog-anatoom verbonden aan het pathologisch laboratorium van het T te V.
 - Verweerder is als zodanig met zijn collega M en met wisselende collegae in waarnemingsituaties verantwoordelijk voor de uitslagen van het op dit laboratorium verrichte onderzoek van de uitstrijkjes van appellante van 1973 tot 1983.
 - De screening van cervixuitstrijkjes wordt op het laboratorium verricht door analisten met (na)scholing in de cytologie.
 - Verweerder of een andere patholoog ziet slechts steekproefsgewijze controles, tenzij de klinische aanvraag belastende gegevens bevat, hetgeen bij appellante niet het geval was.
 - In december 1974 is bij een uitstrijkje van appellante een Pap-graad III vastgesteld en is een proefexcisie geadviseerd.
 - Daarna is nimmer een Pap-graad van meer dan II vastgesteld.
 - In totaal zijn tien uitstrijkjes van appellante

in het laboratorium waaraan verweerder is verbonden, gecontroleerd.

– Deze tien uitstrijkjes zijn opnieuw beoordeeld in het laboratorium van T, van het F en, met het oog op de behandeling van de onderhavige klacht, van het K. Uit deze revisies blijkt dat er sprake is geweest van fout-negatieve uitslagen, daar door de jaren heen niet is onderkend wat bij de revisies is gebleken, te weten in bijna alle gevallen Pap III B of IV.

– De revisies in het F en het K vertonen een zodanige overeenstemming wat uitslagen betreft, dat ze als praktisch gelijk kunnen worden gezien.

– In 1983 is in een ander ziekenhuis zodanig onderzoek verricht, dat deze bij appellante tot de diagnose ‘cervixcarcinoom’ heeft geleid.

3. Uit het onder 2 gestelde blijkt dat bij screening van de in het laboratorium van het T gemaakte uitstrijkjes systematisch beoordelingsfouten zijn gemaakt.

Voor de gang van zaken bij het laboratorium is verweerder mede verantwoordelijk. Alhoewel hij de screening niet zelf heeft verricht, is hij wel mede verantwoordelijk voor de organisatie van het laboratorium, alsook voor het contact tussen de afdeling Gynaecologie en het laboratorium. In het laboratorium worden thans door het inschakelen van een computer de eerdere aanvragen en uitslagen van uitstrijkjes van een bepaalde patiënt onmiddellijk bekend; in de jaren 1973-1983 was zulks niet het geval. De cytologie is vanaf 1970 in ontwikkeling. Verweerder, die het nummer van de vorige uitslag bij de aanvraag door de afdeling Gynaecologie kreeg, had onvoldoende contact met die afdeling. Niet is gebleken dat hij met betrekking tot de aanvraag een voldoende documentatie eiste. Verweerder wist bijvoorbeeld niet hoe vaak er reeds een aanvraag was gedaan en of er sprake was van een voortdurend klachtenpatroon. Hij had evenmin een eigen systeem opgebouwd om te kunnen nagaan hoe vaak een patiënte reeds voor een uitstrijkje was geweest. Verweerder is mede verantwoordelijk voor de gang van zaken op het laboratorium, hetgeen hij overigens zelf erkent. Hij is eveneens mede verantwoordelijk voor het contact met de afdeling Gynaecologie wat de documentatie van de aanvraag betreft.

Verweerder beroept zich op het percentage van de fout-negatieve uitslagen bij de cervixcytologie, in de literatuur aangegeven volgens verweerder van 0,8% tot 28%. Zulks is in dit geval niet ter zake, nu een zo groot aantal uitstrijkjes niet juist is beoordeeld. De kans dat in een reeks uitstrijkjes van één patiënte

als in het geval van appellante is gemaakt steeds bij toeval de juiste diagnose is gemist, moet verwaarloosbaar klein worden geacht. Verweerder beroept zich op de aanwezigheid van een moeilijk interpreteerbaar celtype, doch de gehoorde deskundigen zijn de mening toegedaan dat dit celtype herkenbaar is, hetgeen trouwens uit de revisies is gebleken. De revisies zijn zodanig uitgevoerd dat verscherpte aandacht van de analisten werd vermeden.

De omstandigheid dat de patholoog-anatoom slechts steekproefsgewijze controles verricht, leidt niet tot het gevolg dat hij niet mede verantwoordelijk is voor de systematisch fout-negatieve uitslagen. Kennelijk heeft hij – als mede verantwoordelijk voor de gang van zaken in het laboratorium – onvoldoende kwalitatief toezicht gehouden op de uitslagen van de uitstrijkjes.

4. Het Centraal College is op grond van het vorenoverwogene van oordeel dat verweerder verwijtbaar heeft gehandeld in de zin van artikel 1 van de Medische Tuchtwet. Bij de zwaarte van de op te leggen maatregel zal het Centraal College rekening houden met de omstandigheid dat verweerder niet alleen verantwoordelijk is voor de gang van zaken in het laboratorium en evenmin voor de onvoldoende contacten tussen de afdeling Gynaecologie en het laboratorium.

5. Het Centraal College zal deze beslissing om redenen aan het algemeen belang ontleend bekendmaken overeenkomstig artikel 13b van de Medische Tuchtwet in na te melden tijdschriften.

Beslissende in hoger beroep:

Vernietigt de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te V van 17 november 1986;
En opnieuw beslissende:

Verklaart de klacht gegrond in voege als hier-voor overwogen;

Onderwerpt verweerder aan de maatregel van *waarschuwing*;

Bepaalt de bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b van de Medische Tuchtwet, door toezending van een afschrift daarvan aan de Nederlandse Staatscourant en met verzoek tot publicatie aan de redacties van Medisch Contact, van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gegeven in de raadkamer door: Mr. B. Pronk, voorzitter; H. van Giffen, lid-geneeskundige; Prof. Dr. J. Bennebroek Gravenhorst, G. H. Gispen, E. C. M. Plag, plaatsvervangende leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van Mr. J. W. M. G. Mulder-Rutten, plaatsvervangend secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 11 februari 1988, door Mr. Pronk voornoemd, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

II

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door L, wonende te V, klaagster/appellante, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te V van 17 november 1986 (door appellante ontvangen op 23 december 1986), waarbij haar klacht tegen X, gynaecoloog, wonende te V, verweerder, is afgevoerd.

Gezien de stukken, waaronder de beroepen beslissing met de daarin vermelde stukken, het proces-verbaal van de zitting van het college in eerste aanleg van 28 oktober 1986, het beroepschrift van 19 januari 1987, het verweerschrift van 16 februari 1987 en een nadere memorie van klaagster d.d. 6 oktober 1987.

Gehoord ter zitting van het Centraal College van donderdag 12 november 1987 partijen, appellante bijgestaan door Mr. Q, advocaat te V, alsook als deskundigen Prof. Dr. S, hoogleraar in de pathologische anatomie te C, door het Centraal College opgeroepen, en Mw. Dr. P, patholoog-anatoom, cytologe, woonachtig te Z, op verzoek van appellante.

Overwegende:

1. Het beroep is tijdig ingesteld en met instemming van partijen samen behandeld met het beroep tegen de patholoog-anatoom B.

2. Op grond van de overgelegde stukken en hetgeen ter terechtzitting is aangevoerd, kan van de volgende feiten worden uitgegaan:

– Appellante is van januari 1973 tot medio augustus 1983, in totaal 42 consulten, onder behandeling geweest van steeds wisselende artsen verbonden aan de afdeling Gynaecologie van het T te V.

– Verweerder was gedurende die gehele periode als staflid verbonden aan de afdeling Gynaecologie en heeft appellante in totaal driemaal persoonlijk onderzocht op de polikliniek, te weten op 3 september 1973, 1 november 1973 en 5 februari 1979.

– Van de 42 keer is appellante in totaal 9 keer door een staflid behandeld en de overige keren door een arts-assistent.

– De arts-assistenten waren niet aan bepaalde stafleden toegevoegd en stafleden parafeerden alle door arts-assistenten geschreven brieven, en wel zodanig dat elk staflid bij toerbeurt dit gedurende twee maanden deed.

– Op 18 maart 1974, 24 november 1974, 9 december 1974 en 19 juli 1976 heeft verweerder brieven van drie verschillende arts-assistenten ondertekend; op 6 april 1978 en 10 december 1980 heeft hij brieven van weer twee andere arts-assistenten geparafeerd; de laatste brief uit het ziekenhuis aan de huisarts van 23 augustus 1983 is mede door verweerder ondertekend.

– Gedurende de behandelingsprocedure zijn in totaal 10 uitstrijkjes gemaakt; de uitslag van het uitstrijkje van 17 december 1974 vermeldde: 'Pap-graad III. Het lijkt me verstandig hier proefexcisie te doen'.

– De proefexcisie is niet gedaan.

– Verweerder heeft in een brief aan de huisarts van 9 december 1974 vermeld: 'Indien de uitslag van portiosmear nog afwijking oplevert zullen we u dat laten weten.' Die brief – met opgave over Pap-graad III – is nooit aan de huisarts geschreven.

– Op de eerste aanvraag na het uitstrijkje met Pap III stond vermeld: 'erosieve portio en contactbloedingen'.

– Zowel vóór als na dit uitstrijkje met als resultaat Pap III zijn er geen positieve uitslagen van de patholoog-anatoom binnengekomen, behoudens dat het verslag van het eerste uitstrijkje in juni 1973 vermeldt Pap-graad II à III.

– Op 9 januari 1981 heeft er een curettage plaatsgevonden. Het microscopisch onderzoek van het corpuscurettement leverde niets verdachts op.

– Op 6 juli 1976 is er een colposcopie verricht. Daarbij waren geen suspecte beelden te zien.

– Begin 1983 zijn er klachten geweest over intermenstrueel bloedverlies.

– In een ander ziekenhuis, waar appellante wegens fors vaginaal bloedverlies werd opgenomen, is medio augustus 1983 een curettage verricht en werd de diagnose gesteld op een klein cellig plaveiselcarcinoom van de cervix.

3. Het Centraal College is van oordeel dat in de behandelingsprocedure, zoals de grief tegen de beroepen beslissing inhoudt, onvoldoende zorg aan appellante is gegeven. Verweerder betwist dat hij zelf voor die onvoldoende zorg verantwoordelijk is en wijst enerzijds op de slechte organisatie binnen de gynaecologische afdeling en anderzijds op de uitslagen van de uitstrijkjes, die bijna allemaal geen enkel verontrustend beeld te zien geven.

In al die jaren heeft appellante nauwelijks dezelfde arts gezien, hetgeen ongewenst is voor een juiste behandeling en niet behoorlijk is tegenover de patiënt. Voor die organisatie van de afdeling gynaecologie is verweerder mede verantwoordelijk. Indien de organisatie van de gynaecologische afdeling had voldaan aan daaraan redelijk te stellen eisen van continuïteit, dan zou naar het oordeel van het Centraal College de behandelende arts sneller hebben kunnen constateren dat er gynaecologisch iets mis was.

Van voldoende contact tussen gynaecoloog en patholoog-anatoom is niet gebleken. Met name had verweerder, die verantwoordelijk is voor de brief van 9 december 1974 aan de huisarts, waarin wordt vermeld dat de huisarts bericht zal krijgen indien de uitslag van de portiosmear nog afwijkingen oplevert, er zorg voor moeten dragen dat hem die uitslag zou worden gemeld, waarna hij vervolgens overleg had kunnen hebben met de patholoog-anatoom en de huisarts had kunnen inlichten. De opmerking van verweerder ter zitting, dat het causaal verband tussen het carcinoom in 1983 en het gebeurde in 1974 niet is gebleken, is niet ter zake. Het gaat erom, dat in een zo vroeg mogelijk stadium risico's worden onderkend en worden gemeld aan de huisarts. Door onvoldoende organisatie van de afdeling heeft verweerder kennelijk zijn verantwoordelijkheid voor de brief aan de huisarts niet kunnen

waarmaken. Weliswaar hebben de fout-negatieve verslagen met betrekking tot de uitstrijkjes ook verweerder gerust gesteld, maar het klachtenpatroon van appellante in de loop van zoveel jaren – tussentijdse bloedingen, contactbloedingen, een erosieve portio en trichomonas- en candida-infecties, met name de in de status telkens weerkerende erosieve portio – had verweerder ertoe moeten brengen een actiever beleid ten opzichte van appellante te voeren. Daarbij kan in de eerste plaats worden gedacht aan weefselonderzoek. Bovendien had aan een patholoog-anatoom melding moeten worden gemaakt van het persisterend karakter van de klachten van appellante.

4. Het sub 3 overwogene brengt het Centraal College tot het oordeel dat verweerder verwijtbaar in de zin van artikel 1 van de Medische Tuchtwet heeft gehandeld.

Bij de op te leggen maatregel zal het Centraal College er rekening mee houden dat in het ziekenhuis waar verweerder werkte de gynaecologische afdeling toen onvoldoende was georganiseerd, hetgeen zeker niet alleen voor de verantwoording van verweerder kwam.

5. Het Centraal College zal deze beslissing om redenen aan het algemeen belang ontleend bekendmaken overeenkomstig artikel 13b van de Medische Tuchtwet in na te melden tijdschriften.

Beslissende in hoger broep:

Vernietigt de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te V van 17 november 1986, En opnieuw beslissende:

Verklaart de kracht gegrond in voege als hiervoor overwogen;

Onderwerpt verweerder aan de maatregel van *waarschuwing*;

Bepaalt de bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b van de Medische Tuchtwet, door toezending van een afschrift daarvan aan de Nederlandse Staatscourant en met verzoek tot publicatie aan de redacties van Medisch Contact, van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gegeven in raadkamer door: Mr. B. Pronk, voorzitter; H. van Giffen, lid-geneeskundige; Prof. Dr. J. Bennebroek Gravenhorst, G. H. Gispén, E. C. M. Plag, plaatsvervangende leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van Mr. J. W. M. G. Mulder-Rutten, plaatsvervangend secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 11 februari 1988, door Mr. Pronk voornemd, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

III

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door L, chirurg, wonende te W, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te X van 16 juni 1986, waarbij haar ter zake van de klacht van D, wonende te P, klagster, de maatregel van waarschuwing is opgelegd.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van de stukken van eerste aanleg; van het proces-verbaal van de zitting in eerste aanleg; de beslissing waarvan beroep; het beroepsschrift; het verweerschrift in hoger beroep.

2. Ter terechtzitting van 22 oktober 1987 zijn gehoord appellante, verder ook te noemen 'de arts', bijgestaan door Mr. K, advocaat te P, en aanvankelijk klagster, bijgestaan door Mr. Z, advocaat te P. Tevens is gehoord de door appellante meegebrachte deskundige N, orthopedisch chirurg te P.

3. Het beroep is tijdig ingediend.

4. De volgende feiten hebben geleid tot het indienen van de klacht:

Op woensdag 12 december 1984 meldde klagster zich om 14.20 uur bij de afdeling Traumatologie van het ziekenhuis S wegens heftige pijn in de linkerheup na een val. De arts-assistent (niet in opleiding tot chirurg) Q richtte het eerste onderzoek en stelde, nadat ook röntgenfoto's waren vervaardigd, als diagnose: mediale collumfractuur links. Nadat status en foto's waren beoordeeld door de dienstdoende chirurg – niet de arts – werd klagster onmiddellijk opgenomen op de afdeling Chirurgie. Als beleid werd in de status genoteerd: draadextensie en zo spoedig mogelijk o.k. De operatiedatum werd vastgesteld op vrijdag 14 december, mede omdat, volgens de verklaring van de arts, bleek dat klagster in het verleden ooit direct postoperatief een asystolie had doorgemaakt, hetgeen reden was voor een consult van de internist op 13 december.

De operatie werd op 14 december (aanvang omstreeks 8.00 uur) uitgevoerd door de arts in samenwerking met haar collega T. In de status werd daarover genoteerd: 'Zeer moeilijke repositie. Na acceptabele stand compressieschroef ingebracht, die niet blijkt te pakken in de kop: fractuur blijft beweeglijk. Uiteindelijk fixatie d.m.v. 4 Kirschnerdraden tot in de corticalis van de kop. V.a. goede stand; zijdelings te veel anteversie met fractuurspleet a/d dorsale zijde, acceptabel.' Omdat geen compressie kon worden aangebracht, werd besloten klagster gedurende zes weken na te behandelen met een zweefrekverband.

Op 19 december, vijf dagen na de operatie, werden wegens toenemende pijnklachten van klagster controlefoto's gemaakt, waarop bleek dat de Kirschnerdraden waren uitgelopen en dat de fractuur opnieuw was gedislocieerd. De orthopedisch chirurg H werd geconsulteerd; hij nam vervolgens de behandeling van klagster over. Op 20 december werd klagster wederom geopereerd, nu door H en T. In de status is daarover genoteerd: 'Arthrotomie Re (lees: Li-) heupgewricht. Repositie

van de afgekantelde kop waarna fixatie met compressieheupschroef + spongiosaschroef. X-controle: Redelijke tot goede stand. Besloten pat. gedurende 6 weken postop. te behandelen in zweefrek.'

Uit de door H bij brief van 27 november 1985 aan de vertrouwensarts van klagster verstrekte inlichtingen blijkt dat hij in maart 1985 de diagnose stelde op een avasculaire necrose van de femurkop en dat op 8 maart 1985 een totale heupplastiek werd uitgevoerd.

De situatie is volgens klagster thans zo, dat zij loopt met een kruik, dat zij nog steeds pijn heeft, dat haar linkerbeen twee centimeter korter is dan haar rechterbeen, dat de heup nog steeds niet in een goede stand staat en dat haar een vierde operatie – nu aan de slijmbeurzen – is aangeraden, van welke operatie zij vooralsnog heeft afgezien.

5. De klacht houdt in dat appellante onzorgvuldig heeft gehandeld doordat zij, de ernst en de complexiteit van de fractuur onderschatte, heeft nagelaten direct een orthopedisch chirurg in te schakelen, vervolgens anderhalve dag heeft gewacht alvorens te opereren en daarbij geen goede repositie heeft bereikt.

6. Het Medisch Tuchtcollege te X heeft de klacht gegrond geoordeeld. Daartoe heeft dat college kort weergegeven het volgende overwogen:

a. De arts was ruim bekend met de behandeling van fracturen als bij klagster. Zij was derhalve volledig bevoegd en in staat deze operatie zelfstandig uit te voeren, zodat de klacht op dit onderdeel ongegrond is.

b. Het valt te betreuren dat de arts patiënte pas anderhalve dag na het optreden van de fractuur heeft geopereerd, doch de arts treft geen tuchtrechtelijk verwijt in dezen, daar is gebleken dat de arts niet zelf dag en uur van de operatie heeft bepaald en het uitstel was veroorzaakt om redenen van organisatorische aard.

c. Dat de arts bij de operatie onvoldoende resultaat heeft gehad, is niet verwijtbaar. Wel is echter tuchtrechtelijk verwijtbaar, dat zij niet de conclusie heeft getrokken dat de repositie niet is bereikt en zij, genoegzaam nemend met een niet-acceptabele stand, deze op een ongebruikelijke en onder deze omstandigheden volstrekt onaanvaardbare wijze heeft gefixeerd. Zij had er in de gegeven situatie slechts voor kunnen kiezen hetzij over te gaan tot open repositie, hetzij bij patiënte, terug op de afdeling, een zweefrekverband aan te leggen.

7. Appellante heeft tegen de beslissing de volgende grieven opgeworpen:

– Ten onrechte overweegt het college in eerste aanleg dat de arts uit de direct na de operatie op 14 december 1985 gemaakte foto's niet de conclusie heeft getrokken dat de repositie niet was bereikt. Zij heeft deze conclusie wel getrokken.

– Anders dan het college overweegt heeft zij de in de beslissing genoemde mogelijkheden in die situatie wel degelijk afgewogen. In overleg met een collega heeft zij echter besloten de bereikte stand te accepteren en te fixeren, daarbij de mogelijkheid open houdend zo no-

dig op korte termijn alsnog over te gaan tot open repositie. Zij heeft ervoor gekozen met Kirschnerdraden te fixeren omdat zij meende dat zij hierdoor de kans op necrose van de kop zoveel mogelijk zou beperken.

Aldus heeft appellante op zorgvuldige wijze afgewogen welke oplossing de meeste kans op een zo goed mogelijk resultaat bood en daarnaar gehandeld.

8. Het Centraal College is van oordeel, dat welke ook de overwegingen van de arts mogen zijn geweest om te fixeren zoals zij heeft gedaan, zij door haar behandeling de kans op kopnecrose heeft vergroot. Bij onvoldoende repositie had zij, zoals eveneens door de deskundige in eerste aanleg is gesteld, de keuze tussen hetzij open repositie, hetzij het beëindigen van de ingreep en, in afwachting van definitieve operatieve behandeling, het aanleggen van een zweefrekverband.

Daaraan moet worden toegevoegd dat de fixatie met Kirschnerdraden niet alleen ongebruikelijk is, maar ook in dit geval niet tot het gewenste resultaat had kunnen leiden.

9. Het college in eerste aanleg heeft in zijn beslissing een oordeel gegeven over de tijd die is verlopen tussen het ontstaan van de collumfractuur bij klaggster en de operatie, zoals hierboven weergegeven onder 6c.

De arts heeft ter zitting van het Centraal College meegedeeld dat zij het opereren van een collumfractuur binnen twee dagen na het ontstaan van de fractuur niet als een onverantwoord beleid beschouwt en dat zij het om die reden niet noodzakelijk heeft geacht het operatieschema te doorbreken, terwijl bovendien klaggster vóór de operatie nog door een internist moest worden gezien vanwege de eerder opgetreden asystolie en zij reeds daarom niet eerder geopereerd kon worden.

Het Centraal College maakt het oordeel van het Medisch Tuchtcollege te X niet tot het zijne. Het moet van zeer groot belang worden geacht dat collumfracturen ter beperking van het risico van necrose van de kop zeer snel na het ontstaan van de fractuur, en wel, indien enigszins mogelijk, binnen 12 uur, worden geopereerd. Weliswaar is gebleken dat de arts pas op 13 december heeft vernomen dat zij klaggster zou opereren en dat het noodzakelijk was een internist te consulteren, maar dit neemt niet weg dat zij op dat moment had behoren te bevorderen dat de internist zo snel mogelijk advies zou geven en alsnog had behoren te trachten de operatie op 13 december 1985 uit te voeren.

Het Centraal College is van oordeel dat de arts voor de organisatie van de chirurgische afdeling, waarin het niet gebruikelijk is patiënten met collumfracturen buiten het operatieschema om binnen de hiervoor genoemde tijd te opereren, mede-verantwoordelijkheid draagt. Om die reden valt het haar tuchtrechtelijk te verwijten dat door het tijdsverloop het risico van necrose van de kop minder is beperkt dan mogelijk zou zijn geweest.

10. Uit het voorgaande volgt, dat het beroep behoort te worden verworpen en de beslissing van eerste aanleg met aanvulling van gronden behoort te worden bevestigd.

11. Het Centraal College zal om redenen aan het algemeen belang ontleend bepalen dat de beslissing, met inachtneming van artikel 13b van de Medisch Tuchtwet, zal worden bekendgemaakt in de hierna te noemen tijdschriften.

12. Het Centraal Medisch Tuchtcollege beslist mitsdien als volgt:

Rechtdoende in hoger beroep:

Verwerkt het beroep;

Bevestigt de beslissing waarvan beroep, met aanvulling van gronden;

Bepaalt de bekendmaking van deze beslissing

met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet door toezending aan de Staatscourant en door toezending aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, met verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in raadkamer door: Mr. B. Pronk, voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, lid-geneeskundige; Dr. J. J. Hamming, G. H. Gispén en E. C. M. Plag, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag, 11 februari 1988, door Mr. Pronk voornoemd, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

Een Kocher in de as

Aangezien na een crematie de doodsoorzaak niet meer is te verifiëren, is een zorgvuldige procedure vastgesteld om vóór de crematie de omstandigheden die tot de dood hebben geleid zo duidelijk mogelijk vast te stellen. Dit speelt uiteraard vooral een rol in gevallen van 'niet-natuurlijk overlijden'. Met name van de kant van Justitie is hieraan steeds veel aandacht besteed, omdat bij crematie ook sporen van misdrijven verdwijnen. Onderstaande casus illustreert, dat in een enkel geval juist door crematie onverwachte zaken aan het licht kunnen komen.

Een Officier van Justitie nam contact op met de geneeskundig inspecteur, omdat crematoriumpersoneel bij het verzamelen van as van een overledene een voorwerp had gevonden dat er naar hun mening uitzag als een chirurgische schaar. Vanuit het crematorium was contact opgenomen met de politie, die dit weer had gemeld aan de Officier van Justitie. Deze laatste vroeg of de geneeskundig inspecteur naar het zijns inziens chirurgische instrument wilde kijken. Hem werd even later door de politie het voorwerp getoond. Dit bleek een forse Kocher te zijn, die duidelijk geblakerd was.

De vraag was nu waar de Kocher vandaan kwam. In het mortuarium is, zoals gebruikelijk, vóór de verzegeling de kleding en het lichaam nauwgezet geïnspecteerd. In dit geval was er op de buik van het lijk wel een verse operatiewond, waarin de hechtingen nog zaten, gezien. Het onderzoek van de politie maakte het uiterst onwaarschijnlijk dat de Kocher pas in het crematorium bij de overledene zou zijn terechtgekomen. Verdere navraag leverde de bevinding op, dat de patiënt weliswaar aan een kwaadaardige longaandoening was overleden, maar dat in verband met een optredende ileus toch nog een laparotomie had plaatsgevonden.

Op de telefonische vraag aan het ziekenhuis of

men soms een Kocher miste, luidde het geruststellende antwoord dat dit niet het geval was. Een nadere toelichting op de aan de directeur gestelde vraag deed diens gemoedsrust geen goed. De verdenking lag immers voor de hand, dat bij de buikoperatie een Kocher in de buik was terechtgekomen en dat men het instrument later niet had gemist.

Voor de inspectie was dit voldoende reden om een nader onderzoek in te stellen. Daarbij werd duidelijk, dat het onwaarschijnlijk, hoewel niet geheel onmogelijk, was dat bij het afleggen in het ziekenhuis gebruik was gemaakt van een Kocher. Bij het bestuderen van de medische bescheiden werden geen symptomen of tekenen gevonden die wezen op een in de buik achtergelaten Kocher. Toch lijkt het waarschijnlijk dat het instrument in het lichaam is achtergebleven. Opmerkelijk was in dat verband, dat bleek dat wanneer op de OK instrumentarium zoek was, men eerst zocht bij het afval en bij de vuile was. Wereld het instrument daar niet gevonden, dan werd zonder meer aangenomen dat het buiten de operatiekamer was terechtgekomen en werd het instrument vervangen. Schriftelijke instructies voor het personeel ontbraken.

De conclusie uit het voorgaande is, dat, in ieder geval achteraf, het vinden van de Kocher in de as heeft geleid tot het in gang brengen van een beter bewakingsproces in de operatiekamer van het desbetreffende ziekenhuis. Met een variatie op een oud kinderliedje kan men dan misschien wel zeggen, dat men op een blad zo vol geladen één of twee instrumenten niet mist, maar dit is toch een wat te gemakkelijke opstelling. Steeds weer blijkt hoe moeilijk het is bij instellingen in de gezondheidszorg schriftelijke instructies vast te leggen over te volgen procedures.

*J. W. Schaper,
regionaal geneeskundig inspecteur*

Uitspraken Raad van Beroep

Perikelen rond een concurrentiebeding; Gedragsregel 61

Samenvatting RvB 894/87/11

Partijen in het geschil hadden gedurende een jaar samengewerkt op basis van een arbeidsovereenkomst krachtens welke verweerder, arts, als arts-assistent in dienst was bij eiser, huisarts. Verweerder beschikte niet over de bevoegdheid tot het zelfstandig uitoefenen van de huisartsgeneeskunde. De arbeidsovereenkomst bevatte onder meer een concurrentiebeding, krachtens hetwelk het verweerder gedurende een periode van vijf jaar vanaf het einde van de overeenkomst verboden was zich zelfstandig of in dienstverband te vestigen binnen het praktijkgebied van de huisarts; hierbij was het praktijkgebied van eiser gedefinieerd als de wijk waarin hij was gevestigd en de direct aangrenzende wijken. De arbeidsovereenkomst tussen de partijen eindigde na afloop van het jaar; de samenwerking werd echter voortgezet. Tussen partijen werd vervolgens onderhandeld over het aangaan van een waarnemingsovereenkomst dan wel het aangaan van een maatschap; noch over het een, noch over het ander werd echter wilsovereenstemming tussen partijen bereikt. Verweerder werd gehonoreerd naar rato van het aantal gewerkte uren.

Nadat partijen op deze basis ruim twee jaar hadden samengewerkt, werd de relatie door verweerder verbroken. Ongeveer anderhalf jaar daarna ving verweerder aan werkzaamheden te verrichten in samenwerking met een huisarts die was gevestigd in een wijk, grenzend aan die waarin eiser was gevestigd.

In het geschil vorderde eiser een verbod aan verweerder om werkzaamheden te verrichten in samenwerking met de huisarts in de aangrenzende wijk, zulks gedurende vijf jaar vanaf het verbreken van de samenwerking tussen de partijen. Verweerder vorderde daartegenover een verklaring voor recht, dat hij zich niet schuldig had gemaakt aan handelen in strijd met de Gedragsregels van de KNMG, noch met een indertijd tussen hem en eiser gesloten concurrentiebeding. Tevens diende hij een klacht in tegen eiser, stellende dat deze zich jegens hem schuldig maakte aan oncollegiaal optreden. Naar aanleiding daarvan vorderde eiser nog een veroordeling van verweerder om zijn beschuldigingen en insinuaties aan het adres van eiser te staken en waar nodig terug te nemen, voorts om alsnog een zo waardig mogelijke afronding van de samenwerking tussen partijen te bevorderen; tevens diende hij te dier zake nog een voorwaardelijke klacht in tegen verweerder.

De districtsraad wees de vorderingen en de voorwaardelijke klacht van eiser tegen verweerder af. Op de vordering van verweerder verklaarde de districtsraad voor recht, dat verweerder niet handelde in strijd met de Gedragsregels, noch met het concurrentiebeding uit de arbeidsovereenkomst. De klacht van

verweerder tegen eiser werd door de districtsraad ongegrond verklaard.

Eiser stelde van deze beslissingen van de districtsraad hoger beroep in.

Een van de twistpunten in hoger beroep werd gevormd door de vraag, of de wijk waarin verweerder werkzaam was, te beschouwen was als aangrenzende wijk in de zin van het concurrentiebeding volgens de arbeidsovereenkomst. Hoewel deze vraag door de Raad van Beroep bevestigend werd beantwoord, stelde de Raad van Beroep tevens vast, dat dit concurrentiebeding zijn werking had verloren doordat partijen na afloop van de arbeidsovereenkomst een nieuwe rechtsverhouding waren aangegaan ter voortzetting van hun samenwerking. Deze nieuwe rechtsverhouding kon naar het oordeel van de Raad van Beroep niet als een maatschapsverhouding worden gekwalificeerd, aangezien niet was gebleken dat partijen na het einde van de arbeidsovereenkomst de huisartspraktijk van eiser voor gemeenschappelijke rekening en risico waren gaan uitoefenen. Gedurende de voortgezette samenwerking hadden partijen weliswaar onderhandeld over een toekomstige associatie, doch tot wilsovereenstemming daarover waren zij niet gekomen. Evenmin kon worden vastgesteld dat partijen wilsovereenstemming hadden bereikt over een concurrentiebeding in de voortgezette samenwerking.

Op grond hiervan oordeelde de Raad van Beroep, dat er na het verbreken van de samenwerking tussen partijen geen concurrentiebeding meer van kracht was, maar dat tussen partijen wel het verbod van Gedragsregel 61 gold. Op grond van Gedragsregel 61 was het verweerder gedurende twee jaar, te rekenen vanaf het verbreken van de samenwerking, verboden om als arts werkzaam te zijn in het praktijkgebied van eiser, dat zich tevens uitstrekte tot de aangrenzende wijk waarin verweerder nadien was gaan samenwerken met een aldaar gevestigde huisarts.

De Raad van Beroep concludeerde hieruit, dat verweerder zich gedurende circa een half jaar jegens eiser had schuldig gemaakt aan overtreding van het verbod van Gedragsregel 61, nu verweerder zijn werkzaamheden in de naburige wijk reeds circa anderhalf jaar na het verbreken van de samenwerking tussen partijen was aangevangen. Derhalve werd de uitspraak

van de districtsraad, voor zover betrekking hebbend op de vordering van verweerder tegen eiser, vernietigd en werd de vordering alsnog afgewezen.

Ten tijde van de uitspraak van de Raad van Beroep was echter de termijn gedurende welke het verbod van Gedragsregel 61 tussen partijen van kracht was, reeds ruimschoots verstreken. De vordering van eiser tegen verweerder kon op grond daarvan niet meer worden toegewezen. Aangezien die termijn ten tijde van de uitspraak van de districtsraad ook reeds was verstreken, had de districtsraad de vordering van eiser tegen verweerder, voor zover gebaseerd op Gedragsregel 61, dus terecht afgewezen, zij het op onjuiste gronden. Omtrent beschuldigingen of insinuaties van verweerder aan het adres van eiser was onvoldoende komen vast te staan, terwijl eiser zijn vordering tot medewerking van verweerder aan een waardige afronding van de samenwerking niet nader had gemotiveerd en geconcretiseerd. Die vorderingen van eiser tegen verweerder waren derhalve eveneens terecht door de districtsraad afgewezen. Hetzelfde gold ten aanzien van de voorwaardelijke klacht van eiser tegen verweerder.

De klacht van verweerder tegen eiser, die door de districtsraad reeds ongegrond was verklaard, was in hoger beroep niet meer aan de orde.

Resumerend

De uitspraak van de districtsraad inzake de vorderingen van eiser tegen verweerder werd bekrachtigd, onder verbetering van de gronden waarop deze berustte. De uitspraak van de districtsraad inzake de vordering van verweerder tegen eiser werd vernietigd en de vordering werd alsnog afgewezen. De uitspraak van de districtsraad over de door partijen over en weer ingediende klachten werd bekrachtigd, onder verbetering van de gronden waarop de uitspraak berustte.

De Raad van Beroep stelde de kosten op de behandeling van de zaak in eerste aanleg vast op f 2.000,—. De kosten op de behandeling van de zaak in hoger beroep werden vastgesteld op f 3.000,—. Zowel in eerste aanleg als in hoger beroep werden de kosten bij helfte ten laste van elk van de partijen gebracht. □

Te kort schieten in medische zorg

Samenvatting RvB 890/87/07

Te kort schieten in medische zorg door onvoldoende onderzoek bij aanhoudende medische klachten, weigering nachtelijke visite en onvoldoende nazorg.

Begin februari vervoegde de patiënt zich tijdens het spreekuur van de huisarts bij diens assistente met een verzoek om verwijzing naar een fysiotherapeut wegens rugklachten. De huisarts gaf de verwijzing zonder de patiënt

gesproken of onderzocht te hebben. Na enkele weken deelde de fysiotherapeut telefonisch aan de huisarts mee dat hij de patiënt naar de huisarts had terugverwezen, omdat de behandelingen niet het gewenste resultaat hadden en de klachten van de patiënt toenamen. Enkele dagen later werd de patiënt door de huisarts tijdens een spreekuurbezoek onderzocht. De huisarts vond geen bijzonderheden en schreef voor keelpijnklachten penicilline voor alsmede Butazolidine voor de rugpijnklachten. Twee dagen later werd de huisarts opnieuw door de fysiotherapeut benaderd met de vraag of de patiënt niet diende te worden doorverwezen naar een specialist. Enkele dagen later kwam de patiënt opnieuw op het spreekuur van de huisarts. De huisarts heeft de patiënt toen niet opnieuw onderzocht, doch hem doorverwezen naar een orthopedisch chirurg. Een week later werd de huisarts 's nachts door de echtgenote van de patiënt gebeld met het verzoek om een huisbezoek, omdat de rugpijn van de patiënt ondraaglijk was geworden. De huisarts gaf aan dat verzoek geen gehoor, doch adviseerde nog een tablet Butazolidine te nemen en opnieuw te bellen wanneer de pijn niet verminderde: in dat geval zou hij nog voor het ochtendspreekuur langskomen. De volgende dag is de echtgenote van de patiënt naar het spreekuur van de huisarts gegaan en heeft de huisarts op haar aandrang een verwijzing naar een internist verstrekt. De internist heeft de patiënt nog dezelfde dag in een ziekenhuis laten opnemen en telefonisch aan de huisarts meegedeeld dat de patiënt leed aan een longcarcinoom met metastasen. De huisarts heeft de patiënt niet in het ziekenhuis bezocht; wel heeft hij enkele dagen later de echtgenote van de patiënt thuis bezocht. Kort nadien is de patiënt overleden.

De klacht werd ingediend door de dochter van de patiënt. De districtsraad verklaarde de klacht gegrond en legde aan de huisarts een berisping op. De districtsraad overwoog daarbij, dat de huisarts blijk had gegeven van een fundamenteel tekort aan medische zorg door de patiënt bij de achtereenvolgende spreekuurbezoeken niet grondig te onderzoeken en geen gehoor te geven aan het verzoek om een nachtelijk huisbezoek. Had de huisarts zulks wel gedaan, dan zou – aldus de districtsraad – in een eerder stadium zijn vastgesteld dat de patiënt leed aan een ernstige kwaal en zou een betere begeleiding van de patiënt en zijn familie mogelijk zijn geweest. Voorts was de districtsraad van oordeel, dat voor het voorschrijven van Butazolidine geen goede indicatie bestond.

Tegen deze uitspraak werd door de huisarts beroep ingesteld.

De Raad van Beroep oordeelde het op zichzelf niet verwijtbaar dat de huisarts de patiënt, voorafgaande aan de verwijzing naar een fysiotherapeut, niet aan een medisch onderzoek had onderworpen. Daarbij nam de raad in aanmerking dat de patiënt ook niet had gevraagd om enig medisch onderzoek, maar slechts om een verwijzing naar een fysiotherapeut, en voorts dat het in de huisartspraktijk niet ongebruikelijk is zonder nader medisch

onderzoek aan een dergelijk verzoek van een patiënt te voldoen, indien de huisarts – zoals in het onderhavige geval – ook overigens geen bijzondere redenen heeft om een medisch onderzoek voorafgaande aan de eventuele verwijzing naar een fysiotherapeut geïndiceerd te achten.

Met de districtsraad was de Raad van Beroep echter van oordeel, dat het de huisarts ernstig te verwijten viel dat hij de patiënt bij het tweede spreekuurbezoek, nadat de patiënt door de fysiotherapeut naar hem was terugverwezen, niet aan een nauwgezet algeheel medisch onderzoek had onderworpen. De huisarts had zulks naar het oordeel van de Raad van Beroep niet mogen nalaten, nu hij de patiënt eerder zonder enig medisch onderzoek naar de fysiotherapeut had doorverwezen en intussen van deze had vernomen dat diens behandeling niet tot verbetering leidde.

Evenzo deelde de Raad van Beroep het oordeel van de districtsraad, dat de huisarts niet had mogen nalaten te voldoen aan het verzoek van de patiënt om een nachtelijk huisbezoek, toen de rugpijn van de patiënt ondraaglijk werd. Het door de huisarts aangevoerde excuus, dat hij op dat moment toch weinig voor de patiënt had kunnen uitrusten, achtte de Raad van Beroep in geen enkel opzicht een rechtvaardiging om dan maar in het geheel niets te doen.

De Raad van Beroep verenigde zich eveneens met het oordeel van de districtsraad, dat het de huisarts te verwijten viel dat hij naderhand in het geheel niets had gedaan om te trachten het bij de familie van de inmiddels overleden patiënt geschonden vertrouwen te herstellen en volstrekt inadequaat had gereageerd op een schriftelijk verzoek van de familie om uitleg en opheldering over de gang van zaken.

Het in beroep door de huisarts aangevoerde bezwaar tegen de door de districtsraad opgelegde maatregel van berisping werd door de Raad van Beroep van de hand gewezen. Evenals de districtsraad was de Raad van Beroep van oordeel dat in het onderhavige geval de maatregel van berisping een juiste was, gelet op de ernstige mate waarin de huisarts enkele malen achtereens tegens de patiënt in medische zorg te kort was geschoten.

Voor de door de districtsraad gelaste publicatie van de uitspraak achtte de Raad van Beroep echter onvoldoende grond aanwezig, mede gelet op de omstandigheid dat de uitspraken van de Raad van Beroep in samengevatte vorm worden gepubliceerd in Medisch Contact.

De uitspraak van de districtsraad werd derhalve door de Raad van Beroep bekrachtigd, behoudens de daarbij gelaste openbaarmaking. □

Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur.

Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitgezonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot collega J. Diepersloot, secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)

Drs. W. H. Melles, theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111

Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937

J. M. Komen, huisarts, Prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnsstraat 14 (privé), 7552 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046

W. Chr. F. de Vries, De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449

Ouder worden in Engeland: de toekomst van de geriatrie

De manier waarop specialismen tot ontwikkeling komen hoort eerder bij de geschiedenis van de mens dan dat hij de natuurlijke orde der dingen weerspiegelt¹. Er zijn verschillende redenen voor de opkomst van een nieuw medisch subspecialisme, bijvoorbeeld het ontstaan van een nieuwe kennisinhoud of het optreden dan wel de identificatie van nieuwe ziekten. De geriatrie is wellicht in zoverre uniek, dat zij ontstond als reactie op een gebrek aan belangstelling (of enthousiasme) voor de problemen van patiënten van wie men kennelijk vond dat zij op hun leeftijd toch niet meer beter konden worden, dus ook niet meer beter werden *gemaakt*, en die als gevolg daarvan genoodzaakt waren hun laatste levensjaren door te brengen op de afdeling voor chronisch zieken van een algemeen ziekenhuis of op de ziekenzaal van het armhuis. De theorie kwam achteraf.

De bekendste pionier op het gebied van de geriatrie was Marjorie Warren, van oorsprong chirurg. Zij ging werken als hoofd van de ziekenafdeling van een groot armhuis, waar enkele honderden bedlegerige, chronisch zieke, veelal bejaarde patiënten werden verpleegd. Zij toonde aan dat veel van deze patiënten leden aan aandoeningen die vaak te genezen waren of waar zij mee konden leren leven². Onderwijl formuleerde zij de principes waarop de geriatrische praktijk van nu is gebaseerd. In Groot-Brittannië maakte de invoering van de National Health Service het mogelijk specialisten te benoemen die zich uitsluitend bezighielden met de behandeling van zieke en invalide bejaarden. De geriatrie is blijven groeien en op dit mo-

ment zijn er in Groot-Brittannië meer dan vijfhonderd geriateren³. In het spoor van deze belangstelling volgde de kennis: over de verschijningsvorm en het beloop van ziekten bij mensen die biologisch gesproken oud zijn, over de specifieke problemen van patiënten met multiple pathologie of patiënten met een acute aandoening in combinatie met chronische invaliditeit, en over het afgrenzen van veranderingen die normaliter samenhangen met de leeftijd en van veranderingen als gevolg van aandoeningen die vaker voorkomen bij bejaarden zonder daarmee normaal te zijn. Het kennisfundament omvat nu aan de ene kant de biologische gerontologie en aan de andere kant de organisatie van op elkaar afgestemde (gezondheids)zorgvoorzieningen voor mensen die, om uiteenlopende redenen, moeite hebben om 'in het systeem door te dringen'.

In 'British Geriatric Medicine in the 1980s' bieden Dr. Keith Andrews en Prof. John Brocklehurst een actueel overzicht van een vorm van dienstverlening die op dit moment over de hele wereld als voorbeeldig wordt beschouwd. Hun conclusies, gebaseerd op een reeks vragenlijsten en persoonlijke bezoeken aan mensen in heel Groot-Brittannië die van de medische verzorging van ouderen hun werkterrein hebben gemaakt, hebben betrekking op de middelen waarover geriatrische afdelingen kunnen beschikken en over de aantallen artsen, verpleegkundigen en andere therapeuten die op die afdelingen werken. Zij constateerden van regio tot regio enorme verschillen met betrekking tot zaken als aantal en type bedden, me-

disch personeel en paramedische voorzieningen voor bejaarden. Ook constateerden zij een grote verscheidenheid in beleid inzake criteria voor verwijzingen, de wijze waarop in faciliteiten voor acute behandeling, revalidatie en langdurig verblijf wordt voorzien (gecombineerd?, gescheiden?), de mate van integratie van de geriatrie in de algemene geneeskunde, de verbindingen naar andere specialismen (waaronder de orthopedie en de psychogeriatric), enz. Hoewel er met kracht voor is gepleit de geriatrie onderdeel te maken van bijvoorbeeld de algemene geneeskunde of te integreren met de orthopedie^{4,5}, gingen de geriateren uiteraard liever hun eigen gang. Daar valt ook wel wat voor te zeggen; immers, hoe een bepaalde aanpak uitpakt hangt in hoge mate samen met lokale factoren, zoals geografische omstandigheden, beschikbare fondsen en – vooral – persoonlijke contacten en wederzijds vertrouwen tussen geriateren en hun collega's. Wat in het verschiet ligt blijft wazig. Toch zijn bepaalde dingen wel met zekerheid te voorspellen. We gaan een periode tegemoet met als voor ons onderwerp belangrijkste aspect niet zozeer dat de bejaarden in onze samenleving toenemen in tal, maar dat ze toenemen in jaren, dat wil zeggen gemiddeld steeds ouder worden⁶. Daarom moet de planning van de geriatrische zorgverlening eerder worden afgestemd op 75-plussers dan op 65-plussers. Andrews en Brocklehurst doen op dit punt nuttige en duidelijke aanbevelingen. Uitgaande van de huidige bedbezetting, berekenen zij dat het aantal bedden de komende vijftien jaar met 14% moet stijgen om

het huidige zorgniveau te kunnen handhaven, vooropgesteld dat er niets verandert bij de andere voorzieningen (bijvoorbeeld een grote toename van het aantal verpleeghuizen). Deze berekening staat zowel haaks op de verwachting van ziekenhuisbesturen, dat het mogelijk zal zijn het aantal langdurig opgenomen patiënten te verminderen, als op het op beddenreductie gerichte overheidsbeleid. Kijken we naar de vorderingen die de afgelopen veertig jaar op het gebied van de gerontologie, de klinische geneeskunde en de organisatie van de gezondheidszorg zijn gemaakt, dan moet de toekomst er voor de geriatrie wel rooskleurig uitzien, met een betere behandeling van acute ziekten bij mensen op leeftijd en een effectievere preventie en behandeling van invaliditeit. Fries' scenario van een lang leven met een steeds korter wordende periode van morbiditeit is universeel gezien wellicht wat al te optimistisch⁷, maar het krijgt wel steun van sommige trends. In hun verslag van een onderzoek dat 33 jaar bestrijkt⁸, tonen Stout en Crawford aan dat de leeftijd waarop mensen in de langdurige zorgverlening terechtkomen gestaag omhoog is gegaan; we zijn er met andere woorden in geslaagd bejaarden zo lang mogelijk in de samenleving te houden. Hiertegenover staat de verwachting dat de vraag zal toenemen, aangezien de bejaarden die het afhankelijkst zijn langer leven⁸, alsook omdat het aantal hoogbejaarden stijgt⁶. Daar komt bij dat veel van de successen in de geriatrie te danken zijn aan teamwork, terwijl in onze tijd de geriatrische teams op alle fronten onder druk staan. Naarmate de strijd om de ontoereikende fondsen feller wordt, zullen we vaker worden geconfronteerd met de vraag of bejaarde patiënten wel in aanmerking moeten komen van 'hi-tech' (dat wil zeggen efficiënte en accurate) diagnostische en therapeutische methoden. Zo kan het voor bejaarde patiënten opnieuw moeilijk worden toegang te krijgen tot goed geoutilleerde ziekenhuizen. Het

tekort aan verpleegkundigen, dat waarschijnlijk alleen nog maar groter wordt⁹, zal vooral nadelige gevolgen hebben voor geriatrische afdelingen. Andrews en Brocklehurst constateerden een ernstige onderbezetting binnen de therapeutische zorgverlening, die steeds meer in de knel komt naarmate het moeilijker wordt plaatsen te bezetten¹⁰. (Er is zelfs geen geld om de zeer uiteenlopende therapieën die worden gegeven te evalueren.) Plaatselijke overheden, die te kampen hebben met het feit dat de gemeentelijke belastingtarieven zijn bevroren, bezuinigen op het maatschappelijk werk en er zijn al gevallen bekend van geriatrische diensten die ernstig onder de inkrimping lijden. Intramurale bedden, Tafeltje-dek-je en thuiszorgmogelijkheden houden steeds minder gelijke tred met de ontwikkelingen van de bevolking¹¹⁻¹³.

Een van de zaken waarnaar een beschaving wordt beoordeeld is de wijze waarop men binnen de betrokken samenleving met zwakkere leden van de gemeenschap omgaat. Aan dit criterium gemeten, wordt Groot-Brittannië steeds minder beschaafd. De voorgenomen 'amerikanisering' van de Britse gezondheidszorg zal de bejaarden het hardst treffen. Nog even, en bejaarden zal met de zegen van boven worden gevraagd of ze zo vriendelijk willen zijn te sterven, omdat zij in de strijd om de schaarse middelen rechtstreeks concurreren met jonge kinderen en andere zwakke groepen¹⁴. Op dat moment zal de overheid merken dat degenen die zich bekommeren om de bejaarde mens en die weten wat er, met de nodige middelen, kan worden bereikt, zich niet gemakkelijk gewonnen zullen geven. Zij zullen de winst die sinds de dagen van Marjorie Warren is geboekt niet zomaar weer uit handen geven. Wat haar voor ogen stond, leeft nog steeds onder ons.

Ageing of Elderly Britons: the Direction of Geriatric Medicine. *Lancet* 1988; i: 685-6.

Literatuur

1. Foucault M. The order of things. London: Tavistock, 1967.
2. Warren MW. Care of the chronic aged sick. *Lancet* 1946; i: 841-3.
3. Andrews K, Brocklehurst J. British geriatric medicine in the 1980s. London: King Edward's Hospital Fund for London, 1987.
4. Evans JG. Integration of geriatric with general medical services in Newcastle. *Lancet* 1983; i: 1430-3.
5. Devas MB. Geriatric orthopaedics. London: Academic Press, 1977.
6. Social Trends no. 14. London: HM Stationery Office, 1984.
7. Fries JF. Ageing, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-5.
8. Stout RW, Crawford V. Active life-expectancy and terminal dependency: trends in long term geriatric care over 33 years. *Lancet* 1988; i: 281-3.
9. Delamothe T. Nursing grievances I: voting with their feet. *Br Med J* 1988; 296: 25-8.
10. Staff side evidence: demands, shortages, recruitment and retention of staff. Evidence to the pay review body on the remuneration of the professions allied to medicine and related grades of staff. October, 1987. Chartered Society of Physiotherapy, 14, Bedford Row, London WC1R 4ED.
11. Grundy E, Arie T. Falling rate of provision of residential care for the elderly. *Br Med J* 1982; 284: 799-802.
12. Department of Health and Social Security. Statistics and Research Division. Meals services 1979 and 1981. A/F79/2 and A/F81/2. London: DHSS, 1979 and 1981.
13. Department of Health and Social Security. Statistics and Research Division. Staff of local authority social service departments. 1979 and 1981. S/F79/1 and S/F81/1. London: DHSS, 1979 and 1981.
14. Silber GA. The old, the very old, and the too old. *Lancet* 1987; ii: 1453.

Verzadigde vetzuren

Uit het verslag dat Bonanome en Grundy hebben uitgebracht van eigen onderzoek¹, blijkt overtuigend dat een dieet dat rijk is aan stearinezuur (18 koolstofatomen, geen dubbele bindingen; 18:0) niet leidt tot een hoger gehalte aan 'low-density lipoprotein' (LDL)-cholesterol in het plasma. Dit in duidelijke tegenstelling tot een dieet dat rijk is aan palmitinezuur (16:0). De LDL-cholesterolgehalten waren het laagst bij een stearinezuurrijk dieet, liepen niet significant op bij een dieet dat rijk was aan oliezuur (18:1), maar waren 21% hoger bij een aan palmitinezuurrijk dieet. Deze bevindingen vormen een aanvulling op eerdere rapporten van Ahrens, Keys, Hegsted en hun collega's²⁻⁴, met betrekking tot tests waarbij alleen het totale bloedcholesterolgehalte was gemeten nadat de proefpersonen een dieet hadden gevolgd dat rijk was aan stearinezuur. De onderzoekgegevens doen vermoeden dat niet alle in voedsel voorkomende verzadigde vetzuren dezelfde metabole effecten hebben. De auteurs benadrukken terecht dat deze onderzoeken werden uitgevoerd met diëten in vloeibare samenstelling, alle met ongeveer 40% van de calorieën in de vorm van vet en met een laag cholesterolgehalte (100 mg per dag), waaraan de proefpersonen zich gedurende een periode van drie weken hielden. De olie die werd gebruikt in het stearinezuurrijk dieet was gehydrateerde soja-olie. Bij het verwerken daarvan wordt oliezuur gehard tot stearinezuur. Soja-olie bevat ook alfa-linoleenzuur (18:3n-3), een n-3 vetzuur dat als precursor kan dienen van eicosapentaeenzuur (20:5n-3) en docosahexaeenzuur (22:6n-3). Het is bekend, dat deze vetzuren ook invloed hebben op de lipiden in het plasma en

met name dat ze in staat zijn het triglycerinegehalte te verlagen⁵. Waarschijnlijk zijn de bevindingen met betrekking tot diëten die rijk zijn aan stearinezuur ook van toepassing op diëten zonder speciale samenstelling met een hoger cholesterolgehalte, maar dit moet nog worden geverifieerd. Het extra voordeel van oliezuurrijke diëten boven diëten die rijk zijn aan linolzuur (18:2n-6), zoals maïsolie, of diëten die rijk zijn aan koolhydraten is, dat diëten die rijk zijn aan oliezuur of stearinezuur het gehalte aan 'high-density lipoprotein' (HDL) in het plasma niet lijken te verlagen⁶⁻⁹.

De verklaring voor deze bevindingen is vooralsnog onduidelijk. Het is mogelijk dat stearinezuur zich bij deze proeven als oliezuur heeft gedragen doordat er desaturases op hebben ingewerkt, zodat het chemische hardingsproces dat was toegepast om van stearinezuur oliezuur te maken werd omgekeerd. De indruk bestaat dat bepaalde verzadigde vetzuren, zoals palmitinezuur, maken dat de via receptoren gereguleerde klaring van LDL-cholesterol naar beneden wordt bijgesteld, terwijl enkelvoudig onverzadigde vetzuren (zoals oliezuur) en koolhydraatrijke diëten dit effect niet hebben¹⁰. Deze effecten op het LDL-katabolisme lijken eerder het gevolg te zijn van effecten op de cel zelf en vermoedelijk ook op de celreceptoren, dan van wijzigingen in het vetzuurgehalte van de lipiden in de LDL, een conclusie die is gebaseerd op dierproeven waarbij werd onderzocht waar LDL-deeltjes na infusie belanden^{11 12}.

Welk mechanisme ook ten grondslag ligt aan deze regulering van het LDL-cholesterolgehalte langs de weg van

de voeding – alleen deze probleemstelling is al goed voor een kloek onderzoekprogramma – Bonanome en Grundy hebben er zorg voor gedragen in te gaan op de praktische implicaties van hun onderzoek. Het zal de voedingsmiddelenindustrie zeker interesseren dat margarines met veel stearinezuur net zo goed leiden tot een lager cholesterolgehalte als margarines met veel linolzuur en zelf meer naar boter kunnen smaken dan de thans beschikbare margarines. Bovendien leidt de consumptie van deze producten waarschijnlijk niet tot een lager HDL-gehalte. Met de auteurs zijn wij van mening dat men nog steeds matigheid dient te betrachten waar het gaat om de consumptie van gewone vetten die rijk zijn aan stearinezuur, zoals rundervet en cacaoboter, omdat deze vetten ook een aanzienlijke hoeveelheid palmitinezuur bevatten.

Omdat zij voor hun onderzoek gebruik hebben gemaakt van vloeibare diëten met vetzuren hebben Bonanome en Grundy een aanzienlijke verbetering geboekt ten opzichte van eerdere onderzoeken, waarbij gebruik werd gemaakt van vetten die normaal in de voeding aanwezig zijn. Hun waarnemingen bevestigen het nut van een reductionistische benadering in de biologische wetenschappen en houden de uitdaging in nieuwe concepten te vertalen in aanbevelingen met betrekking tot de volksgezondheid. Vetten in het dieet vormen een heterogene groep verbindingen, voornamelijk bestaand uit triglyceriden, waarvan de metabole werking grotendeels worden bepaald door de vetzuurcomponenten. Niet alleen diëten bevatten vetten uit alle mogelijke bronnen, ook afzonderlijke voedingsmiddelen be-

vatten een mengsel van triglyceriden, lees: vetzuren. Zelfs in afzonderlijke triglyceridemoleculen kan meer dan één vetzuur aanwezig zijn in de drie met glycerol veresterde moleculen. Vetten worden niet langer verdeeld in vetten die onverzadigde vetzuren bevatten en vetten die verzadigde vetzuren bevatten; immers, het inzicht groeit dat meervoudig onverzadigde vetzuren en enkelvoudig onverzadigde vetzuren niet dezelfde metabole en nutritionele eigenschappen hebben. Verder hebben niet alle meervoudig onverzadigde vetzuren dezelfde functie: vetzuren die voornamelijk voorkomen in visolie, zoals de n-3 vetzuren, zijn precursors van andere humorale overdrachtstoffen dan vetzuren die voornamelijk voorkomen in plantaardige oliën die veel linolzuur bevatten. Dat, gezien de huidige aanbevelingen aan het publiek, de verzadigde vetzuren op hun beurt zouden moeten worden onderverdeeld, hoeft ons niet te verwonderen en ook niet te verwarren; wel zou het ons eraan moeten herinneren hoe terughoudend we met het geven van dit soort aanbevelingen zouden moeten zijn.

Het patroon van het 'chemisch reductionisme' is in de voedingsleer duidelijk aangetoond. Zo werd in de jaren twintig bijvoorbeeld duidelijk dat niet alle vitamines 'vitale amines' zijn, om de term die Casimir Funk op grond van zijn onderzoeken met thiamine gebruikte aan te halen. Vervolgens is men gaan inzien dat zelfs het onderscheid tussen vitaminen die in water oplosbaar zijn en vitaminen die in vet oplosbaar zijn iets is waar eigenlijk alleen chemici en levensmiddelen-technologen iets mee kunnen. Elke vitamine heeft duidelijk aparte fysische, chemische, metabole en klinische kenmerken. De term 'vitaminen', zonder nadere aanduiding, is van weinig nut wanneer het erom gaat aanbevelingen te doen voor de kliniek of voor de volksgezondheid. Hetzelfde geldt voor voedingsvezels. Aanbevelingen die geen rekening houden met het feit dat men het, wanneer men over voedingsvezels spreekt, heeft

over een grote verscheidenheid van ongelijksoortige stoffen, die verschillen in oplosbaarheid, in de mate waarin ze in staat zijn anionen te binden en in hun effecten op de intestinale functie en de stofwisseling, zullen de tand des tijds niet doorstaan. Het onderzoek van Bonanome en Grundy maakt iets soortgelijks duidelijk waar het gaat om verzadigde vetzuren, namelijk dat in de voeding voorkomende verzadigde vetzuren niet allemaal hetzelfde metabole effect hebben. Voor het ogenblik blijft de aanbeveling van de Amerikaanse overheid, naast de aanbevelingen van de American Heart Association en vrijwel alle andere adviserende instanties¹³, dat we de totale hoeveelheid vet en daarmee de totale hoeveelheid calorieën in ons dieet moeten beperken, een verstandig advies. Wanneer we ons daaraan houden, zijn we op weg naar een voedingspatroon dat beter beantwoordt aan onze werkelijke energiebehoefte, waardoor de last van de obesitas in zwaarte zal afnemen. De totale opname van verzadigde vetzuren en cholesterol zal zo minder worden, hetgeen blijkens het ene onderzoek na het andere verband houdt met een verlaging van het cholesterolgehalte in het bloed en een vermindering van het risico voor cardiovasculaire aandoeningen.

Het hier besproken onderzoek en andere onderzoeken die daarmee vergelijkbaar zijn, zijn van belang omdat zij de eenheden waarin het belang van de voeding voor de stofwisseling wordt uitgedrukt, verder uitwerken en opnieuw definiëren. Claude Bernard zei het al: wetenschappelijk onderzoek begint met een gok en eindigt ermee. Dat dit onderzoek onze voor naamste boodschap aan de Amerikanen op het vlak van de voeding niet verandert.

Rosenberg IH, Schaeffer EJ. Dietary saturated fatty acids and blood cholesterol. *N Engl J Med* 1988; 318: 1270-1.

Literatuur

1. Bonanome A, Grundy SM. Effect of dietary stearic acid on plasma cholesterol and lipoprotein levels. *N Engl J Med* 1988; 318: 1244-8.
2. Ahrens EH Jr, Hirsch J, Insull W Jr, Tsaltas TT, Bloomstrand R, Peterson ML. The influence of dietary fats on serum-lipid levels in man. *Lancet* 1957; 1: 943-53.
3. Keys A, Anderson JT, Grande F. Serum cholesterol response to changes in the diet. IV. Particular saturated fatty acids in the diet. *Metabolism* 1965; 14: 776-87.
4. Hegsted DM, McGandy RB, Myers ML, Stare FJ. Quantitative effects of dietary fat on serum cholesterol in man. *Am J Clin Nutr* 1965; 17: 281-95.
5. Nestel PJ, Connor WE, Reardon MF, Connor S, Wong S, Boston R. Suppression by diets rich in fish oil of very low density lipoprotein production in man. *J Clin Invest* 1984; 74: 82-9.
6. Mattson FH, Grundy SM. Comparison of effects of dietary saturated, monounsaturated, and polyunsaturated fatty acids on plasma lipids and lipoproteins in man. *J Lipid Res* 1985; 26: 194-202.
7. Grundy SM. Comparison of monounsaturated fatty acids and carbohydrates for lowering plasma cholesterol. *N Engl J Med* 1986; 314: 745-8.
8. Schaeffer EJ, Levy RI, Ernst ND, Sant FD van, Brewer HB Jr. The effects of low cholesterol, high polyunsaturated fat, and low fat diets on plasma lipid and lipoprotein cholesterol levels in normal and hypercholesterolemic subjects. *Am J Clin Nutr* 1981; 34: 1758-63.
9. Shepherd J, Packard CJ, Patsch RJ, Gotto AM Jr, Taunton OD. Effects of dietary polyunsaturated and saturated fats on the properties of high density lipoproteins and the metabolism of apolipoprotein A-I. *J Clin Invest* 1978; 61: 1582-92.
10. Spady DK, Dietschy JM. Dietary saturated triacylglycerols suppress hepatic low density lipoprotein receptor activity in the hamster. *Proc Natl Acad Sci USA* 1985; 82: 4526-30.
11. Portman OW, Alexander M, Tanaka N, Soltys P. The effects of dietary fat and cholesterol on the metabolism of plasma low density lipoprotein apoproteins in squirrel monkeys. *Biochim Biophys Acta* 1976; 450: 185-96.
12. Portman OW, Alexander M. Sequences of change in low density lipoprotein apoprotein concentrations and metabolism with changes in diet of monkeys and rabbits. *J Nutr* 1978; 108: 1580-7.
13. The Expert Panel. Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *Arch Intern Med* 1988; 148: 36-69.

LVSG

Convocatie ledenvergadering 26 oktober

Convocatie voor de ledenvergadering van de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG), te houden op woensdag 26 oktober 1988 te 17.30 uur in de Domus Medica te Utrecht, telefoon 020-823208 of 823203.

Agenda

Huishoudelijk gedeelte (17.30 uur)

1. Opening
2. Goedkeuring notulen ledenvergadering d.d. 9 juni 1988
3. Financiële aangelegenheden:
 - a. Rekening en verantwoording 1987
 - b. Verslag geldmiddelencommissie
 - c. Vaststelling begroting 1989
 - d. Vaststelling contributie 1989
 - e. Benoeming leden geldmiddelencommissie 1989
 - f. Benoeming registeraccountant 1989
4. Verkiezingen en benoemingen:
 - a. (Her)benoeming van bestuursleden die volgens rooster aan de beurt van aftreden zijn: Mw. M. M. Wagenaar-Fischer (jeugdarts) is aftredend per 31-12-1988; zij is nog eenmaal herkiesbaar en heeft zich herkiesbaar gesteld.
 - b. Verkiezing voorzitter. De zittingsperiode van de huidige voorzitter Mw. Dr. C. Hermann loopt af op 31-12-1988; Zij is niet herkiesbaar. Het Centraal Bestuur vergadert pas op 27 september a.s. over een voordracht voor een nieuwe voorzitter. Dit heeft tot gevolg dat niet kan worden voldaan aan de statutaire eis dat de voordracht door het Centraal Bestuur tenminste zes weken voor de datum van

de ledenvergadering bekend wordt gemaakt. Het Centraal Bestuur beraadt zich nog op de vraag of en wanneer in verband met definitieve verkiezing van een nieuwe voorzitter een extra ledenvergadering zal worden uitgeschreven.

5. Perspectief LVSG

6. Verslag Studieweekend Centraal Bestuur op 16 en 17 september 1988 over de rol van de LVSG bij de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de sociaal-geneeskundige zorgverlening

7. Rondvraag.

8. Sluiting huishoudelijk gedeelte

Pauze (19.15 uur): borreltje/broodje

Themagedeelte (19.45 uur)

Dit deel van de vergadering zal worden gewijd aan het thema: de relatie curatieve beroepsbeoefenaren – sociaal-geneeskundigen, met name toegespitst op de gevolgen van de adviezen/behandelingen van de behandelend artsen voor de arbeids- en thuissituatie van de patiënt. Aan de orde zullen komen vragen als 'in welke fase en hoe dient de communicatie tussen behandelend arts en sociaal-geneeskundige tot stand te komen?'; 'welke zaken beïnvloeden de besluitvorming van de behandelend arts. Kan de sociaal-geneeskundige (met name bedrijfsarts/verzekeringsarts) hierbij betrokken worden?'. Over de nadere invulling van dit thema, alsmede over de namen van de sprekers zal in het ledenbulletin van de LVSG nader aandacht worden besteed.

LVSG

Najaarsledenvergadering woensdag 26 oktober 1988

In de najaarsledenvergadering van de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen, die zal plaatsvinden op woensdag 26 oktober aanstaande (aanvang 17.30 uur) in de Domus Medica, komt een aantal belangwekkende zaken aan de orde: noteert u daarom de datum alvast in uw agenda! De agenda voor deze vergadering zal binnenkort in de rubriek Officieel van Medisch Contact en in het ledenbulletin van begin oktober worden gepubliceerd.

De aandacht van de ledenvergadering zal onder andere worden gevraagd voor de benoeming van een nieuwe voorzitter, de toekomst van de LVSG (aan de hand van de rapportage van de Commissie perspectief LVSG) en het oriënterend lidmaatschap.

Op 16 en 17 september aanstaande houdt het centraal bestuur van de LVSG een studieweekend over de mogelijkheden die de LVSG heeft tot bevordering van het instandhouden en stimuleren van de

kwaliteit van de sociaal-geneeskundige zorgverlening. Over de uitkomsten van dit studieweekend zal in de ledenvergadering verslag worden gedaan.

Ook deze najaarsledenvergadering zal weer bestaan uit een huishoudelijk en een themadeel. Het thema zal dit jaar zijn: De relatie curatieve beroepsbeoefenaren – sociaal-geneeskundigen, met name toegespitst op de gevolgen van de adviezen/behandelingen van de behandelend artsen voor de arbeids- en thuissituatie van de patiënt. Aan de orde zullen komen vragen als: 'In welke fase en hoe dient de communicatie tussen behandelend arts en sociaal-geneeskundige tot stand te komen?'; 'Welke zaken beïnvloeden de besluitvorming van de behandelend arts?'; 'Kan de sociaal-geneeskundige (met name de bedrijfs- en verzekeringsarts) hierbij worden betrokken?'

De PR-commissie van de LVSG is bezig de thema-avond nader vorm te geven. Hierover volgt informatie.

LHV

Informatie automatisering

Sinds enige tijd biedt het bureau van de LHV extra service aan huisartsen die geïnteresseerd zijn in automatisering: de zogenaamde informatie- en adviestelefoondienst.

Informatrice José den Bode, te bereiken via de centrale informatielijn: 030-823881, kan u de nodige inlichtingen verschaffen.

SGRC

Nieuwe inschrijvingen

Arbids- en bedrijfsgeneeskunde

B. H. J. Ackermans, per 1 september 1987
 E. P. H. v.d. Berghaage, per 1 september 1987
 Mw. J. C. Brinkhuis, per 1 september 1987
 J. van Caspel, per 1 september 1987
 J. M. den Dulk, per 1 mei 1987
 W. G. van Dijk, per 1 september 1987
 S. K. Dystelberge, per 13 december 1987
 J. Ekhart, per 1 juli 1987
 P. J. G. Ewals, per 14 juli 1987
 B. G. H. Goessens, per 1 september 1987
 J. J. G. M. Govaarts, per 14 juli 1987
 A. Groen, per 1 september 1987
 C. M. Helms, per 1 juni 1987
 V. H. Hildebrandt, per 1 september 1987
 P. A. J. Holst, per 1 september 1987
 A. E. J. A. van Hoof, per 1 augustus 1987
 P. M. J. Hopmans, per 14 juli 1987
 Mw. A. A. C. Hordijk, per 1 september 1987
 J. S. Huismans, per 30 november 1987
 P. E. Hustinx-Saarloos, per 14 juli 1987
 Th. Kwant, per 13 maart 1987
 R. P. M. Lamp, per 20 januari 1987
 R. G. Louwe, per 22 december 1987
 Mw. C. Meulenbeld, per 25 augustus 1987
 D. W. M. Moree, per 22 februari 1988
 P. J. G. M. Nelen, per 14 juli 1987
 R. C. Niebling, per 1 september 1987
 K. T. Niks, per 14 juli 1987
 A. Nip, per 13 maart 1987
 F. P. B. M. Nooren, per 14 juli 1987
 Mw. W. van der Plas, per 1 september 1986
 J. H. Plokker, per 1 september 1987
 M. S. Putzes, per 24 juni 1987
 J. W. Regter, per 1 september 1987
 Y. H. V. H. Schönherr-Scholtes, per 10 november 1987
 P. F. J. M. Smeekens, per 14 juli 1987
 J. W. Syswerda, per 13 maart 1987
 H. P. J. Stinis, per 13 maart 1987
 J. Termaat, per 9 januari 1987
 H. H. Tulp, per 14 juli 1987
 F. J. Veenland, per 1 september 1987
 E. W. N. van Vliet, per 1 november 1987
 H. J. L. Vugt, per 30 november 1987
 W. A. van der Werf, per 31 juli 1987
 J. J. H. M. de Wit, per 24 december 1986
 R. A. Wouthuis, per 14 juli 1987
 C. J. J. IJsselstein, per 30 november 1987

Jeugdgezondheidszorg

Mw. B. H. Bruin, per 10 juni 1987
 G. C. A. Brussaard-Schotman, per 7 april 1987
 W. T. K. F. Cheng, per 28 oktober 1987
 Mw. F. B. Diepeveen, per 28 augustus 1987
 P. J. G. A. M. van Eeden, per 1 april 1987
 G. Folkertsma-Mulder, per 1 mei 1987
 Mw. E. Habraken, per 20 augustus 1987
 Mw. J. Harlaar, per 1 mei 1987
 E. J. P. v.d. Ingh-Bijlsma, per 1 april 1987
 Mw. M. Jansen, per 20 februari 1987
 Mw. E. Jens, per 28 augustus 1987
 E. M. R. Kam-Dharma, per 16 september 1987
 G. J. C. M. Kuiper, per 28 augustus 1987
 P. Leemans-Boosman, per 16 september 1987
 G. H. J. Luitse, per 28 augustus 1987
 C. W. Maaskant-Teeuwen, per 30 november 1987
 L. J. Meijer-Spijker, per 1 oktober 1987
 J. C. A. Th. Oudejans-van Gasteren, per 28 augustus 1987
 R. H. W. Razoux Schultz, per 1 april 1987
 J. M. van der Ros, per 27 augustus 1987
 Mw. E. H. Rouwendal, per 4 augustus 1987
 C. A. M. C. Schat-Savy, per 2 oktober 1987
 I. van Schendel-Kweijt, per 1 juli 1987
 K. Takken-Sahli, per 1 juli 1987
 H. Talma, per 8 april 1987
 M. J. Touw-de Jong, per 20 juli 1987
 M. H. J. Uil-Wennekes, per 5 augustus 1987
 M. A. J. Verbeek-v.d. Steen, per 17 juli 1987
 W. J. A. Vermeulen, per 20 juli 1987
 S. M. Voets-Becker, per 23 juli 1987
 Mw. A. M. Vossenaar, per 1 april 1987
 Mw. M. Wala, per 15 augustus 1987

Verzekeringsgeneeskunde

Mw. M. A. E. van de Erve, per 22 oktober 1987
 Mw. G. N. Gouw, per 1 mei 1987
 D. van Klaarbergen-Holland, per 28 september 1987
 A. A. M. Meeuse, per 14 februari 1986
 J. M. A. P. Nijst, per 3 juni 1987
 J. M. E. Soons-Smoor, per 2 juli 1987
 M. O. Tissing, per 15 juli 1987

Algemene Gezondheidszorg

A. F. I. Bannenberg, per 1 mei 1987
 W. J. O. Beaumont, per 14 december 1987
 B. Groeneweg, per 20 juli 1987
 U. F. Hiddema, per 27 augustus 1987
 M. J. J. Hoejenbos, per 27 augustus 1987
 J. M. Th. Janssen, per 27 maart 1987
 Mw. A. G. W. W. Kappelle, per 23 december 1987
 J. E. Kuit, per 1 oktober 1987
 M. Lankester, per 24 september 1987
 C. P. J. M. Lieberwirth, per 25 maart 1987
 H. W. M. Peeters, per 4 februari 1987
 K. Schaapveld, per 1 maart 1987
 W. M. L. C. M. Schellekens, per 27 augustus 1987
 E. V. Simons, per 16 oktober 1987
 A. W. J. Theunissen, per 27 augustus 1987

Sportgeneeskunde

F. J. G. Backx, per 30 maart 1987
 F. M. Bertina, per 30 maart 1987
 H. Bessem, per 30 maart 1987
 V. Blum, per 30 maart 1987
 J. A. W. Bosboom, per 30 maart 1987
 A. G. M. F. Brok, per 30 maart 1987
 H. van Elst, per 30 maart 1987
 G. C. van Enst, per 30 maart 1987
 Dr. J. C. van Gooswilligen, per 30 maart 1987
 L. P. Heere, per 30 maart 1987
 E. R. H. A. Hendriks, per 30 maart 1987
 J. H. Hoeberigs, per 30 maart 1987
 H. Inklaar, per 30 maart 1987
 E. M. Jansen-de Weger, per 30 maart 1987
 F. Kessel, per 30 maart 1987
 M. Koornneef, per 30 maart 1987
 J. A. Nijboer, per 30 maart 1987
 R. J. Pluymers, per 30 maart 1987
 P. C. J. Vergouwen, per 30 maart 1987
 C. J. Weidema, per 30 maart 1987
 J. B. M. Wesseling, per 30 maart 1987
 J. C. IJerman, per 30 maart 1987

Sociale geneeskunde zonder takaanduiding

P. F. L. A. Bisscheroux, per 17 juli 1987
 Dr. P. C. Buijs, per 1 mei 1987

LHV

Cursus praktische farmacie

De elfde cursus 'Praktische farmacie' voor huisartsen wordt van 23 tot en met 27 januari 1989 in Utrecht gehouden en duurt vijf dagen zonder avondprogramma. De cursus is welhaast onmisbaar voor artsen die zich gaan vestigen respectievelijk een apotheekhoudende praktijk zoeken. Voor diegenen die reeds langer gevestigd zijn, is de cursus als nascholing aan te bevelen. De kosten bedra-

gen f 850,—. Voor hen die minder dan twee jaar gevestigd of praktijkzoekend zijn, worden beurzen ter beschikking gesteld van f 400,—.

U kunt zich nu reeds opgeven bij het bureau van de LHV, tel. 030-823881, Mw. K. van Oostrum. Vroegtijdige opgave wordt aangeraden!

LAD

Convocatie ledenvergadering 25 oktober 1988

Convocatie voor de ledenvergadering van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), te houden op *dinsdag 25 oktober 1988* te 19.00 uur in het Congres- en Vergadercentrum van de Koninklijke Nederlandse Jaarbeurs, ingang Croeselaan 8, te Utrecht.

Agenda

1. Opening en mededelingen
2. Jaarrede van de voorzitter
3. Notulen van de ledenvergadering d.d. 28 oktober 1987
4. Jaarverslag van de secretaris der LAD over 1987 (reeds in uw bezit)
5. Aanpassing salarisrichtlijnen 1988
6. Verantwoording over het gevoerde arbeidsvoorwaardenbeleid in de verschillende sectoren
 - 6.1. *Particuliere sector*
 - a. CAO-Ziekenhuiswezen
 - b. CAO-Sociale Begeleiding
 - c. CAO-Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg-Vertrouwensartsen
 - d. CAO-Kruiswerk
 - e. CAO-Gezondheidscentra
 - 6.2. *Overheidssector*
 - a. Universiteiten en Academische Ziekenhuizen

b. Gemeentelijke instellingen (Gemeenteziekenhuizen en Basisgezondheidsdiensten)

7. Huisartsenopleiding
8. Financiële aangelegenheden:
 1. Benoeming commissie voor de geldmiddelen
 2. Rekening en verantwoording van de penningmeester over het jaar 1987
 3. Verslag van de commissie voor de geldmiddelen over het jaar 1987
 4. Décharge van het bestuur
 5. Vaststelling van de begroting 1989
 6. Vaststelling van de contributie 1989
9. Verkiezingen:

Aan de beurt van aftreden zijn:

J. C. F. M. Aghina; hij is niet herkiesbaar

Dr. K. Feenstra; hij stelt zich niet herkiesbaar

C. J. Goudswaard; hij is herkiesbaar

R. H. Levi; hij stelt zich herkiesbaar

Voorts hebben Mw. M. L. H. Verbraak-Feijen en E. R. Peters zich als bestuurslid teruggetrokken; daarnaast bestaan nog twee vacatures uit vorige jaren die niet zijn opgevuld

In de vacatures die zijn ontstaan worden door het Centraal Bestuur voorgesteld ter benoeming:

D. B. Kagenaar, K. D. Kunst en Mw. L. E. C. Verhoven-van Duin

10. Rondvraag

11. Sluiting

LSV

Stichting Voorlichting Patiënten start

Goede patiëntenvoorlichting bevordert de relatie arts-patiënt. Vanuit dat vertrekpunt is ruim een jaar geleden de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) in samenwerking met de VVAA gestart met de Stichting Voorlichting patiënten (SVP). Doel van de SVP is met name de patiëntenvoorlichting in de Nederlandse ziekenhuizen te verbeteren. SVP wil dit onder andere bereiken door het produceren van audiovisuele voorlichtingsprogramma's.

Doordat de LSV een directe en formele relatie heeft met alle achtentwintig wetenschappelijke verenigingen der erkende specialismen is daarmee een garantie gegeven voor de medisch-specialistische ervaring en kennis die in de voorlichtingsprogramma's wordt verwerkt. Dit is belangrijk omdat zowel vanuit de medisch-specialistische kring als vanuit de kringen van het ziekenhuismanagement signalen kwamen dat aan het voorlichtingsmateriaal een 'keurmerk' vanuit de medische professie moet kunnen worden gehecht. De VVAA brengt binnen de stichting vooral de organisatorische deskundigheid in.

Doelstellingen

De SVP wil de Nederlandse ziekenhuizen stimuleren patiëntenvoorlichtingsruimten in te richten. Hier zal de patiënt algemene informatie kunnen ontvangen die hem/haar inzicht verschaft in het

hoe en waarom van onderzoek en behandeling, waardoor de patiënt beter in staat wordt gesteld tot een goed gesprek te komen met de behandelend arts. De patiënt krijgt daardoor ook de mogelijkheid om zelf mee te beslissen.

Het voorlichtingsmateriaal van de SVP komt beslist niet in de plaats van de directe voorlichting van de hulpverlener aan de hulpvrager. Het SVP-voorlichtingsmateriaal wil de basale kennis waardoor arts en patiënt beter in staat zijn met elkaar te communiceren zorgvuldig overdragen. Van belang is ook dat de hulpvrager de voorinformatie in eigen tempo, bij herhaling en eventueel vergezeld van partner, in zich op kan nemen om zich aldus op het gesprek met de arts voor te bereiden.

Werkwijze

Naast het distribueren en evalueren van audiovisuele voorlichtingsprogramma's voor patiënten en hun directe omgeving richten de activiteiten van de SVP zich ook op de productie ervan.

Voor de keuze van onderwerpen worden de volgende criteria gehanteerd:

- een aandoening c.q. diagnostische of therapeutische interventie moet relatief vaak voorkomen;
- er moet landelijk een algemene eenduidigheid in opvattingen

UIT DE VERENIGINGEN

bestaan over de aandoening c.q. de wijze van diagnostiseren en/of behandelen;

– de visualisering c.q. het audiovisuele aspect dient van wezenlijk belang te zijn voor de informatieoverdracht aan de patiënt.

Vanaf het begin zijn de patiënten steeds bij de opzet en uitvoering van het project betrokken. Bij de totstandkoming van de eerste film 'Zonder baarmoeder verder?' heeft de desbetreffende categorale patiëntenvereniging een structurele inbreng gehad.

Het streven is vier films per jaar te laten verschijnen. Ziekenhuizen kunnen zich in de vorm van een jaarlijks abonnement verzekeren van de SVP-programma's.

Opzet en aanpak van de SVP zijn voor het Praeventiefonds aanleiding geweest tot het ter beschikking stellen van een subsidie.

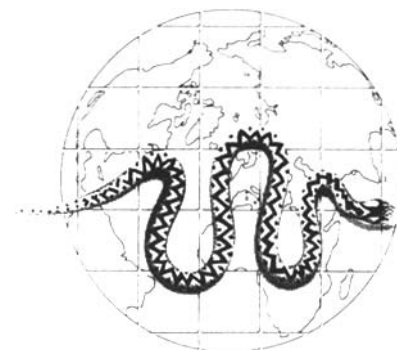
Presentatie film 'Zonder baarmoeder verder?'

Op 28 september aanstaande zal de SVP in de Elautzaal van Perscentrum Nieuwspoor te Den Haag haar eerste film presenteren, aanvang 15.00 uur. Toegang gratis. Deze film is getiteld 'Zonder baarmoeder verder?'

Voor meer informatie kan men terecht bij de Stichting Voorlichting Patiënten, Utrecht, tel. 030-454545.

Het 40ste KNMG-Ledencongres 6, 7 en 8 oktober te Haarlem

Het hoofdthema van het congres vormt de *preventie*, een onderwerp dat voor nu en voor steeds van doorslaggevend belang is voor de gezondheidszorg van de gehele wereld, maar ook van onze Nederlandse wereld en ook van uw wereld.



Hebt u al ingeschreven?

Enkele grepen en hoogtepunten uit het omvangrijke programma:

donderdag 6 oktober

des middags

- De congresrede van de KNMG-voorzitter W. H. Cense.
- De toespraak van staatssecretaris Drs. D. J. D. Dees van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over 'Preventie en overheid'.
- William P. Castelli MD over de even bekende als belangrijke Framingham-studies.
- Prof.Dr. D. Erkelens – bij uitstek deskundig op het gebied van de vetstofwisseling – over de implicaties in de Nederlandse gezondheidszorg van deze epidemiologische resultaten.
- Vervolgens wordt geluisterd naar een orgelconcert in de Bavokerk en is er ontvangst en receptie in het Haarlemse stadhuis.

des avonds

- Een sfeervol feest in het pronkje van Haarlems historische gebouwen: het Frans Hals Museum.

vrijdag 7 oktober

des ochtends

- Wederom de parallelsessies, waaronder een bijdrage van Prof.Dr. D. de Wied over diens succesvolle research rond en over de opiaat-peptiden en andere neurotransmitters en tevens een keur van sprekers over de preventie in de eerste lijn, rond het beroep en de arbeid in de ouderdom en – óók – de preventie van iatrogeen veroorzaakte aandoeningen.

des middags

- De tweede rij parallelsessies van die dag, waarin deskundige sprekers verhalen over de preventie in het milieu, in het gezin, rondom de voeding en – met name – de rol van een goede en doordachte voorlichting.

Binnen het *partnerprogramma* op deze vrijdag kan worden gekozen voor een hofjes-tocht, die wordt gecombineerd met óf een bezoek aan het Teylersmuseum, óf aan het Frans Hals Museum; daarnaast staat een aantrekkelijk aangekleed bezoek aan het vliegveld Schiphol op het programma.

des avonds

- Traditionele *feestavond* in het Haarlemse Concertgebouw.

zaterdag 8 oktober

des ochtends

- Parallelsessies over het congressthema: de preventie in samenhang met de problematiek in kindertijd en adolescentie, met daarnaast een bespreking van de alternatieve geneeskundige mogelijkheden binnen de kaders van de preventie.

Voor de kinderen zal er op deze ochtend een *sport- en ontspanningsfeest* in de Beynes-hal worden georganiseerd.

Het *volledige en gedetailleerde programma* werd afgedrukt in Medisch Contact nummer 33-34 van 26 augustus jl. Hierin is ook het *inschrijvingsformulier* gereproduceerd.

U kunt ook direct schrijven of bellen naar:

Mw. C. de Ronde-Zwaard,
Postbus 272, 2000 AG Haarlem.
Telefoon 023-325270.

Programma en inschrijfformulier worden u dan per omgaande toegezonden.